

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

537
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 19 Juillet 1898, à 9 heures

Par M. LOUIS-ETIENNE PETIT

Né à Cramont (Somme), le 16 janvier 1871

TRAITEMENT DE LA COXALGIE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. } GILBERT, Professeur.
RICARD et THIÉRY, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

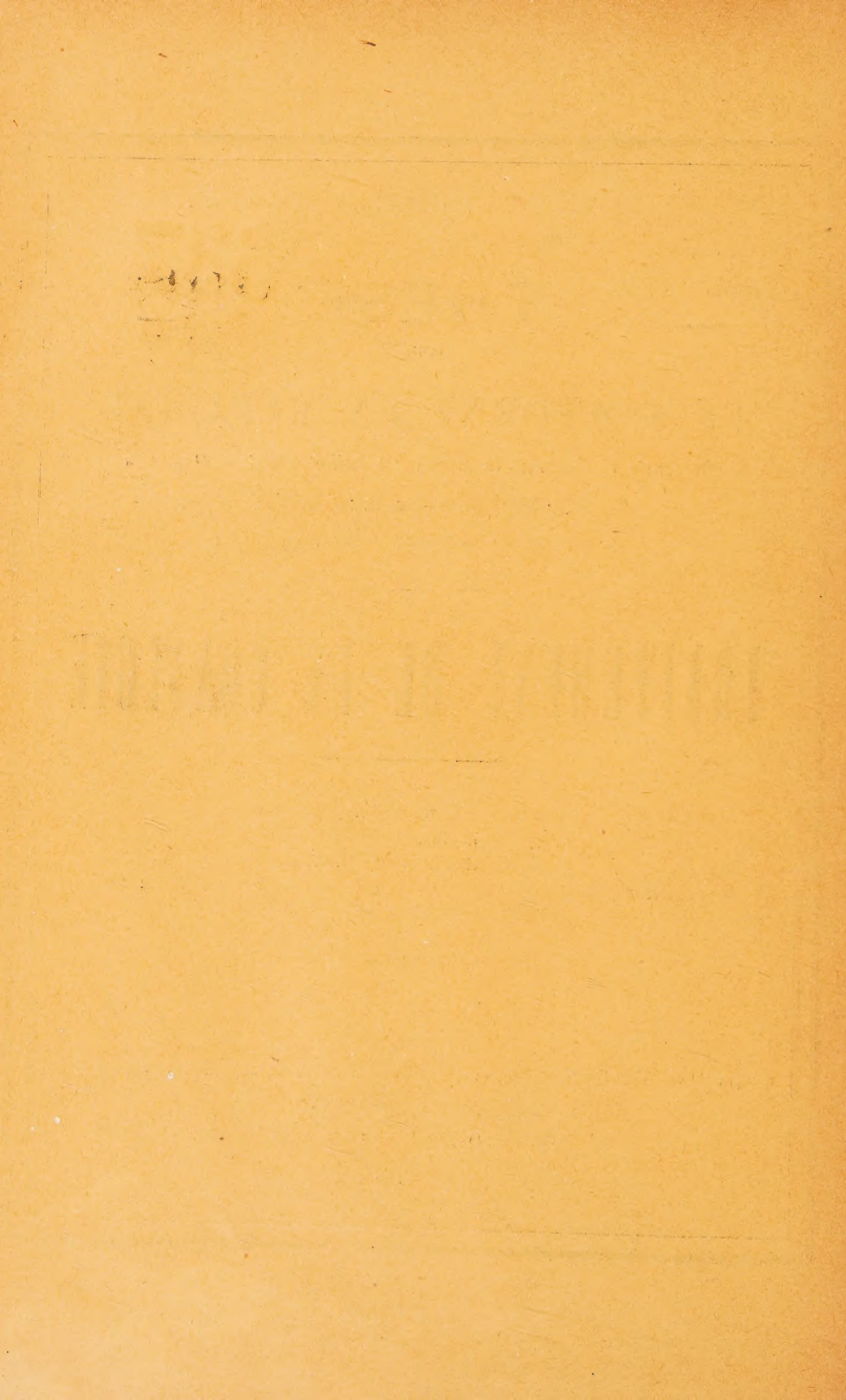
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 537

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 19 Juillet 1898, à 9 heures

Par M. LOUIS-ETIENNE PETIT

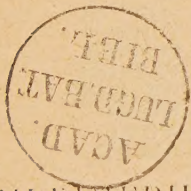
Né à Cramont (Somme), le 16 janvier 1871

TRAITEMENT DE LA COXALGIE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. } GILBERT, Professeur.
RICARD et THIÉRY, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

HENRI JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	N.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ACHARD.	GILBERT.	MENÉTRIÉR.	THOINOT.
ALBARRAN.	GILLES de la TOU-	NÉLATON.	TUFFIER.
ANDRÉ.	RETTE.	NETTER.	VARNIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	WALTHER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WEISS.
BROCA.	HEIM.	REITERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LÉTULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME ET A MA FILLE

Hommage affectueux

AU DOCTEUR BILHAUT

Chirurgien à l'Hôpital International

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE D'AMIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Lorsque le médecin se trouve en présence d'une affection chronique, la thérapeutique lui offre des ressources variées mais d'inégale valeur. S'il s'agit d'une affection interne, la multiplicité des moyens d'action peut contribuer à donner au patient des espérances de guérison et par là même le fortifier contre la dépression morale qui résulte d'une maladie à longue échéance.

Dans une affection chirurgicale qui, comme la coxalgie, évolue pendant de longues années, il est de la plus haute importance de ne point recourir à des moyens quelconques, et ce qui est légitime dans le premier cas constitue dans le second une véritable imprudence.

Le traitement d'une coxalgie ne comporte point la mise en œuvre d'une thérapeutique par à peu près. Il faut, autant qu'on peut, prendre dans les diverses méthodes actuellement recommandées, ce qu'elles ont de réellement utile. Il faut, en outre, suivant les cas, s'en tenir à la médecine des symptômes, c'est-à-dire temporiser ou agir activement, sans faiblesses, sans hésitations.

Dans quels cas le médecin devra-t-il recourir à la méthode expectante ? Dans quels cas demandera-t-il à l'intervention chirurgicale les secours dont il a besoin ?

Voilà ce que je me propose de mettre en lumière dans cette étude.

Bien que ce sujet ne soit pas neuf, il s'en faut, je crois qu'il y a quelque intérêt pour le praticien à savoir à quelle parti il doit se résoudre.

Bien que les traités sur cette matière soient déjà très nombreux, il ne me semble pas que les indications que l'on peut y puiser soient exemptes de critiques. Une sélection trop étroite des divers cas de coxalgie, un cadre trop restreint, pour ce qui concerne les diverses périodes de cette affection à longue évolution, peuvent sans doute rendre plus facile l'étude de la symptomatologie, de la marche et de la terminaison. Toutefois, les données le plus ordinairement admises, comportent, dans la pratique, une infinité d'états intermédiaires dans chacun desquels les difficultés de diagnostic étant résolues, celles qui ont trait à la médication demeurent entières et ont besoin de trouver d'autres solutions que celles usuellement indiquées.

Je me propose donc d'entrer dans des considérations qui me paraissent de nature à rendre plus certaines et plus faciles les indications qui concernent la coxalgie à ses nombreux et divers degrés.

Pour cela, j'étudierai les principales méthodes auxquelles certains médecins semblent recourir sans discernement, revenant à l'une après l'avoir quittée, changeant sans motif logique et laissant, grâce à cette indécision, les accidents se succéder et le mal s'aggraver sans cesse.

Ces méthodes se résument en traitement palliatif et traitement chirurgical.

Dans le premier cas les moyens employés sont : ou l'immobilisation, ou l'extension continue.

On fera de même rentrer dans la méthode palliative l'emploi des révulsifs locaux (vésicatoires, rubéfaction, ignipuncture et galvanopuncture, topiques résolutifs, etc.).

Dans la méthode chirurgicale nous aurons à considérer le traitement actif soit au début soit au cours de l'affection, par arthrotomie, arthrectomie, ou résection.

Nous aurons de même à envisager les dernières ressources, celles auxquelles le chirurgien n'aura recours que contraint et forcé, comme la désarticulation.

Après avoir étudié ce que donne le traitement conservateur, ce que semblait promettre l'intervention précoce, ce qu'assure le traitement chirurgical, dans certaines conditions où il est de toute nécessité d'y recourir, nous considérerons notre tâche comme terminée, et nous serons heureux si nos efforts ont contribué à établir aussi clairement que possible les indications thérapeutiques aux divers degrés de la maladie.

Nous terminerons par les conclusions qui découleront des observations consignées dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Nous ne nous attarderons pas à rappeler les luttes des siècles précédents, en ce qui a trait à la coxalgie. Nous ne nous souviendrons de ces débats qu'à un point de vue purement historique.

Longtemps on a bataillé sur les mots carie et nécrose, les uns et les autres contribuant à chacune de ces dénominations une importance capitale. Nous savons aujourd'hui que ce sont là les deux termes auxquels aboutit le processus de destruction des ostéo-arthrites chroniques, que nous considérons à juste titre comme d'origine tuberculeuse.

Au cours de ce siècle une explication intéressante rattache à une hydarthrose chronique, la luxation pathologique qui souvent complique la coxalgie. La théorie de Bonnet (de Lyon) admise longtemps sans conteste n'a plus créance aujourd'hui.

Au contraire, par un mouvement de réaction bien commun dans la science, certains auteurs ne voient dans la coxalgie qu'une ostéo-arthrite dont le point de départ serait, pour eux, toujours dans le squelette. Pour ces cliniciens la tuberculose de la synoviale serait un fait extrêmement rare.

Le point capital est, pour certains, l'influence nocive du bacille tuberculeux, prévu par Villemin, décrit par Koch et admis aujourd'hui à peu près sans conteste. Que le bacille produise les premiers troubles, dans le squelette, dans la synoviale articulaire, ou dans les parties molles du voisinage, peu importe. L'affection n'en sera pas moins constituée, à un moment donné, par des lésions qui frapperont à la fois les os, le périoste, les cartilages, la synoviale, la capsule, et s'étendront souvent assez loin du point initial.

Quelque soit donc le point de départ, les désordres du côté du squelette et des parties molles donneront aux symptômes une allure très caractéristique.

La douleur, la contracture musculaire, l'impotence fonctionnelle, se traduisant par une limitation des mouvements physiologiques, apparaîtront pour ainsi dire simultanément.

La contracture aura pour conséquences la claudication, la douleur et la compression réciproque des surfaces articulaires. Cette dernière contribuera à son tour à hâter la destruction des cartilages, la marche et l'importance de l'ulcération osseuse et, par suite, l'envahissement de la capsule articulaire par des fongosités plus ou moins abondantes.

Les phénomènes se succèdent logiquement et l'on peut dire que la contracture musculaire se trouve être, au début de la coxalgie, le phénomène auquel on doit apporter au plus tôt remède, puisque les conséquences qui en découlent se traduisent par un processus de destruction aussi marqué.

L'envahissement des fongosités, l'action virulente des produits sécrétés par les bacilles pathogènes, concourent à donner naissance, dans bon nombre de cas, à des collections d'un genre spécial et habituellement désignées sous le nom d'abcès par congestion.

La thérapeutique devra aussi intervenir à temps en pareil cas, aussi bien pour préserver l'organisme de produits infectieux qui pourraient le contaminer, que pour s'opposer aux effets désastreux qui résultent parfois d'associations microbiennes aujourd'hui parfaitement connues et redoutées.

Nous aurons à indiquer dans quelles conditions et par quels moyens on combattra les abcès par congestion.

Certains cas se compliquent de luxation pathologique, non pas à la manière décrite par Bonnet, mais par suite d'une véritable usure des parties qui constituent l'articulation coxo-fémorale. Il n'est pas même besoin de demander à un choc, très problématique d'ailleurs, la perte de contact des surfaces articulaires. Quand la tête du fémur disparaît en totalité ou en bonne partie, lorsque le sourcil cotyloïdien est ulcéré, et que le cotyle lui-même est notablement agrandi par l'ulcération de ses bords, la luxation se fait passivement et la contracture musculaire est plus que suffisante pour reporter jusque dans la fosse iliaque externe, l'extrémité de la diaphyse, le plus ordinairement, décapitée.

Lorsque, la nature agissant, on voit succéder au travail de destruction un mouvement spontané de réparation, de véritables travées osseuses viennent relier

l'extrémité supérieure du fémur et l'os des îles, en un point plus ou moins voisin de la cavité cotyloïde. Il n'est pas rare de constater que des malades abandonnés à eux-mêmes ou insuffisamment dirigés, voient leur coxalgie se terminer par une ankylose en attitude vicieuse. C'est ici que se pose un nouveau problème. Doit-on intervenir activement et recourir, comme Bonnet l'a conseillé, au redressement brusque ? N'a-t-on pas à craindre, en fracturant l'ankylose un réveil de la diathèse qui a donné naissance au mal ?

Ne doit-on pas redouter la métastase qui, dans ce cas, s'opère le plus communément du côté des méninges ? Ne doit-on pas donner la préférence à une intervention chirurgicale qui se pratiquera en un point assez distant du mal pour ne pas donner lieu de craindre le réveil d'une affection qui, souvent, n'est qu'endormie ?

Voilà autant de questions qui attireront notre attention et que nous nous efforcerons de résoudre en faisant appel à l'observation clinique et aux indications qui logiquement en découlent.

Certains chirurgiens, et plus spécialement ceux des pays d'Outre-Rhin, se sont proposé de limiter le travail de destruction, de hâter la guérison et partant de remettre les malades dans des conditions normales, en intervenant activement et de bonne heure.

Ils se sont proposé d'obtenir une cure intégrale en opérant très largement et surtout de bonne heure.

Nous verrons ce que cette conduite a comporté de désillusions, et nous mettrons en garde contre de

véritables abus chirurgicaux préconisés d'ailleurs de très bonne foi.

Le souci des règles de l'hygiène, semble avoir décidé nos confrères d'Amérique, à conseiller un traitement qui, permettant au malade de vivre au grand air, de se mouvoir dans certaines limites, a reçu de ce chef le nom de traitement ambulatoire, par opposition au traitement par l'immobilisation et la fixation. Il est important de savoir très exactement quels sont les inconvénients venant malheureusement contrebalancer les prétendus avantages de cette médication.

Parfois le peu de résistance du malade, soit que son organisme ait été profondément atteint par des maladies antérieures, soit que l'hérédité ait créé chez lui une débilité congénitale, les lésions initiales, croissent d'importance progressivement. Les efforts de la thérapeutique la plus rationnelle, de l'hygiène, sont insuffisants à enrayer la marche des complications. Dans ce cas, si les principaux viscères conservent un fonctionnement relativement bon et échappent aux lésions de dégénérescence que l'on a tant de fois signalés, le chirurgien pourra être appelé à intervenir légitimement.

Nous aurons à étudier la conduite qu'il devra tenir et voir ce que les méthodes actuelles d'aseptie et d'antiseptie peuvent donner de résultats.

Enfin la marche croissante des accidents déterminera chez certains malades des lésions viscérales contre lesquelles toute tentative un peu importante doit fatalement échouer.

Ces cas nous permettront de comprendre dans quel-

les limites l'intervention chirurgicale est permise et dans quelles conditions le chirurgien consciencieux aura le devoir de s'abstenir.

Comme on le voit, ce n'est pas en suivant la nomenclature ordinairement enseignée, que nous formulerons les indications diverses de la thérapeutique à suivre dans le cours de l'évolution de la coxalgie.

Nous tiendrons compte des nombreux faits spéciaux considérés comme des complications de l'affection principale.

En effet, dans chacune des trois périodes admises schématiquement, nous trouvons des complications contre lesquelles il faut lutter : C'est ainsi que des abcès peuvent se produire dès le début du mal, qu'ils peuvent manquer dans toute sa durée; que la limitation des mouvements peut être portée à l'extrême dès le début, tandis que d'autres malades arrivés à la période dite de guérison auront un véritable ballantisme articulaire, au lieu de l'ankylose fibreuse ou osseuse que l'on constate habituellement.

Nous nous écarterons donc un peu de l'ordre habituellement suivi pour donner plus d'importance aux symptômes qui ne sont en somme que le reflet des désordres intra ou peri-articulaires. Néanmoins nous tiendrons compte de ce qui a été fait jusqu'à ce jour et nous ne contredirons en aucune façon les auteurs qui nous ont précédé ni au point de vue de l'anatomie pathologique ni au point de vue de l'ordre dans lequel des différentes complications surviennent usuellement.

CHAPITRE II

Coxalgie sans déformation.

Il est de la plus haute importance de faire un diagnostic précoce dans les cas où les modifications de l'articulation de la hanche sont encore peu accentuées.

Lorsqu'un enfant se plaint de douleurs dans un genou, de fatigue dans la marche, lorsqu'on constate une claudication se caractérisant principalement par une modification dans le rythme de la marche, on devra en tout état de cause, songer à l'affection tuberculeuse de la hanche. Si, à ces signes, on peut ajouter les douleurs nocturnes, si les commémoratifs font reconnaître une tare héréditaire, les éléments de diagnostic seront de plus en plus certains.

Tout médecin prévenu de l'importance qu'il faut apporter à la gonalgie, reportera son attention non seulement sur l'articulation du genou, mais surtout sur celle de la hanche.

Dans la phase initiale de la coxalgie on ne peut reconnaître avec certitude les lésions du squelette, soit parce qu'elles sont peu importantes, soit encore parce que le mal se trouve localisé dans les parties molles

peri-articulaires. On ne trouvera donc point les craquements qui marquent la période des ulcérations osseuses.

Toutefois on percevra un certain degré de raideur dû à l'état de contracture plus ou moins accentuée des muscles pelvi-trochantériens. Il en résulte une limitation bien marquée des mouvements normaux de l'articulation et tout particulièrement du mouvement d'abduction.

C'est dans cette phase initiale que la thérapeutique devra plus particulièrement consister dans l'emploi de l'extension continue combinée avec l'immobilisation dans le décubitus dorsal. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous supposons que le malade n'a encore aucune apparence de déviation.

Cette méthode, connue généralement sous le nom de méthode américaine, mériterait plus justement celui de méthode française, car celui qui le premier l'a mise en pratique est un chirurgien de notre pays, le Docteur Le Sauvage, de Caen.

Ce clinicien sut attribuer comme il le fallait une importance considérable à l'action des muscles dans le travail d'ulcération osseuse qui, de jour en jour, s'accroît, au point de faire disparaître, dans certains cas, la tête fémorale, le col, quelquefois même une partie de la diaphyse du fémur. Du côté de l'acétabulum les lésions progressent dans le même sens; elles déterminent la disparition du cartilage articulaire, l'ulcération du sourcil et du bourrelet cotyloïdiens : parfois même la cavité articulaire disparaît par usure de l'os des îles

et par pénétration de la diaphyse du fémur dans le bassin.

Les muscles pelvi-trochantériens contracturés accolent l'une contre l'autre les deux surfaces articulaires et dans ce contact intime l'usure du cartilage n'est que le prélude de l'usure des os par frottement direct.

Le Sauvage comprit, le premier, que l'effort du chirurgien devait être avant tout de vaincre la contracture musculaire ; de là son procédé d'extension continue par les poids. La méthode inaugurée par Le Sauvage, ne tarda pas à tomber dans l'oubli et quand elle nous revint d'Amérique elle ne fut pas accueillie avec un bien vif enthousiasme et peut-être, chez nous, serait-elle passée inaperçue si les observations du professeur Lannelongue ne l'avaient mise suffisamment en lumière.

Il est bon d'ajouter qu'en France l'orthopédie fut délaissée pendant de longues années, après avoir compté les noms les plus illustres, tels que Bonnet, de Lyon, Malgaigne, Jules Guérin, Duval, Bouvier et Boulaud, et tant d'autres, non moins illustres.

Dans les mémorables leçons professées à la Faculté de Médecine de Paris, le professeur Lannelongue étudiant la coxo-tuberculose, s'est évertué à prouver que l'opinion formulée par Le Sauvage était d'une exactitude très rigoureuse.

Reprenant pour son compte la méthode de l'extension continue, M. Lannelongue relate les expériences qu'il avait faites sur le cadavre. Voulant prouver combien l'extension continue était efficace, et à quel degré elle

assurait l'écartement des surfaces articulaires, il eut recours à l'expérience suivante : le cadavre d'un enfant de... ans est congelé au niveau de l'articulation de la hanche au moment où cette même articulation est soumise à une extension continue par un poids de... kilogs. Quand la congélation est complète on ouvre l'articulation en sectionnant les parties molles et on trouve entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde un glaçon d'une épaisseur de... millimètres. Comme on le voit la démonstration est complète et la traction par le poids fait certainement échec à l'action de la pesanteur qui, dans les conditions ordinaires de la vie, assure le contact intime des deux os. Le professeur Lannelongue insiste comme il convient sur l'ulcération nue, non pas seulement au processus de la tuberculose, à l'action du microbe pathogène, mais bien à l'action de la contracture musculaire. C'est là ce qu'il appelle l'ulcération compressive, que d'autres, plus observateurs de la correction grammaticale, appellent ulcération par compression.

Si jamais l'extension continue fut utile dans le traitement de la coxalgie, c'est certainement au moment où les lésions sont réduites au minimum, qu'elle assurera les résultats les plus satisfaisants. L'observation clinique démontre l'exactitude de cette proposition et déjà on a cité d'intéressantes relations de malades ayant bénéficié de cette méthode.

Les auteurs américains très partisans aussi, pour un certain nombre, de l'extension continue comme traite-

ment de la coxalgie, ont cru devoir la pratiquer en permettant toutefois au patient de rester dans la position verticale et de se livrer même un peu à la marche. Ils voulaient en cela parer au reproche souvent formulé contre le repos au lit dans le décubitus dorsal. Pour eux, les préceptes de l'hygiène ne sont pas suffisamment suivis quand un enfant est condamné à rester au lit, à la chambre, et qu'il ne peut se livrer à aucun exercice, pas même à la marche. On a donné le nom de traitement ambulatoire de la coxalgie, au procédé qui consiste à maintenir de pair l'extension continue et la marche.

Il serait erroné de supposer que dans cette manière de faire les coxalgiques marchent comme les autres enfants de leur âge. S'il en était ainsi on ne manquerait pas de voir la coxalgie prendre un caractère de gravité considérable. L'enfant soutenu par une atelle métallique avec embrasses (atelles de Thomas) ne doit pas toucher le sol avec le pied du côté malade. On lui applique sur le côté sain, un patin assez élevé pour que la jambe malade ne touche pas terre. Aussi, le patient doit-il toujours se servir de béquilles pendant la marche.

Comme on le voit le traitement dit ambulatoire ne permet la marche que dans d'assez mauvaises conditions, et, si l'on tient compte des douleurs que ressentent certains coxalgiques, de l'insuffisance de la fixation par ces appareils, si on fait la part des complications toujours possibles telles que : poussées inflammatoires, abcès par congestion, renouvellement des

appareils, intempéries des saisons, ou soit que le traitement ambulatoire promet plus qu'il ne tient en réalité. S'il accorde un semblant de satisfaction à la pusillanimité des parents, au point de vue de la guérison définitive, il place le malade dans des conditions bien plus défectueuses que celles réalisées par l'extension continue combinée avec le repos au lit.

Cette dernière méthode n'assure certainement pas la guérison dans tous les cas analogues à celui que nous avons supposé. Mais cela dépend moins du traitement lui-même que de la résistance du malade à l'action des bacilles pathogènes dont il est victime. Cependant il existe dans la science de nombreuses observations de malades traités par l'extension continue dès le début de leur coxalgie. Chez les uns, on a constaté la guérison avec conservation intégrale des mouvements de l'articulation de la hanche, d'autres n'ont gardé que des mouvements limités; enfin, il en est chez qui les lésions ont progressé au point de déterminer des désordres tels que l'ankylose fibreuse ou osseuse, la disparition de la tête du fémur, la luxation spontanée, pathologique, les abcès ossifluents. Ces divers états ont contribué à recourir à des procédés d'excrèse dont nous nous occuperons plus loin.

OBSERVATION I (*Inédite*).

Enfant R., 7 ans. — Coxalgie droite. — Immobilisation au lit et extension continue, dès le début de la maladie. — Guérison avec

conservation de tous les mouvements de l'articulation. — Durée du traitement, 14 mois. — Observation du docteur Bilhaut.

L'enfant R..., est né à Paris. Il a actuellement 7 ans. Son père et sa mère jouissent d'une excellente santé. Un frère et une sœur l'un plus âgé, l'autre plus jeune que lui, sont en bonne santé. Coqueluche à l'âge de 3 ans ; rougeole à 5 ans. Ces deux affections ont été de moyenne intensité.

Il y a deux mois l'enfant a commencé à se plaindre de fatigue pendant la marche, de douleurs dans le genou et de sensibilité dans la région de la hanche, quand on exerçait en ce point une pression un peu énergique. Dès le début des accidents, le petit malade est présenté au docteur de Saint-Germain d'abord, puis au docteur Péan. Le premier conseille le repos dans la gouttière de Bonnet. Le second, le repos au lit. Le diagnostic de chacun d'eux fut : Coxalgie au début. Sur les conseils de M. Péan, le petit malade m'est présenté le... 18...

A mon premier examen, je trouve une claudication manifeste se traduisant surtout par la modification dans le rythme de la marche, à laquelle Marjolin a donné le nom de « signe des maquignons ».

Lorsque le malade reste debout pendant quelques instants, on voit le membre inférieur droit présenter une flexion légère de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. La pression au niveau du grand trochanter, détermine une douleur très manifeste, surtout quand on comprime la tête fémorale contre la cavité cotyloïde.

Les ganglions inguinaux et cruraux sont hypertrophiés. Pas d'augmentation notable de chaleur au niveau de la hanche, pas d'hypertrophie de la région. Les muscles du membre inférieur droit sont sensiblement moins développés qu'à gauche. Le pied est en rotation externe et la manœuvre tendant à le remettre en position droite ou en rotation interne détermine des phénomènes

de sensibilité extrêmement nets. Le mouvement d'abduction est limité; en l'exagérant on produit encore de la douleur et on ne tarde pas à voir que le bassin est entraîné en même temps que l'extrémité supérieure du fémur.

Le pli fessier est un peu abaissé comparativement à celui du côté gauche. Les muscles de la fesse paraissent plus atrophiés que le quadriceps. La nuit, l'enfant s'éveille en sursaut et se plaint.

On ne se rappelle pas que l'enfant ait été blessé au niveau de l'articulation malade. On n'incrimine aucune chute, ni violence extérieure.

Comme mes confrères déjà nommés, je conclus à une coxalgie et je conseille de soumettre sans retard le membre malade à l'extension continue par les poids.

J'applique l'appareil du professeur Lannelongue et j'ai recours à une traction de 5 kilogs. Sous son influence, les douleurs nocturnes disparaissent dès le premier jour. Toutefois la contracture musculaire des pelvi-trochantériens persiste encore après 15 jours d'extension. Si l'appétit du malade s'est relevé, si le sommeil est devenu plus réparateur, il s'en faut que l'état général du sujet se soit complètement amendé. En effet, le teint reste cireux, les muqueuses des conjonctives et des lèvres sont décolorées. Pas de modification du côté des ganglions inguinaux et cruraux. Il se produit un peu d'érythème aux points où le diachylon se trouve en contact direct avec la peau.

Je renouvelle la bande de diachylon qui, dans la confection de cet appareil s'étend sur toute la longueur de la jambe côté interne et côté externe. Et cette fois, j'applique d'abord autour de la jambe et du tiers inférieur de la cuisse un bandage roulé sur lequel le diachylon vient adhérer. Je porte la traction de 5 à 6 kilogs.

L'amélioration croît de jour en jour; la contracture s'atténue peu à peu, les douleurs disparaissent, les ganglions s'atrophient

et les mouvements de l'articulation se complètent au fur et à mesure.

Le malade soumis à l'extension continue depuis 14 mois est dans un état tel que je crois à une guérison aussi parfaite que possible. Je supprime l'extension continue et me borne à conseiller de laisser pendant quelques semaines encore le malade au repos absolu au lit, en permettant toutefois de se coucher indifféremment sur le côté droit ou le côté gauche et de s'asseoir au moment des repas.

Pendant toute la durée du traitement, je n'ai vu survenir aucun abcès, bien que, vers le sixième mois, il se soit produit un peu d'empâtement au niveau du grand trochanter d'abord, puis au triangle de Scarpa. La guérison se fit donc sans fistule et même sans collection purulente.

Cet enfant entra au lycée Voltaire d'abord, puis à Vanves, et enfin il dut se rendre en Roumanie d'où il revint en 1897, au moment de ses vacances. La guérison ne s'est pas démentie ; aucune alerte ne s'est produite. Les mouvements de l'articulation de la hanche ont toute l'ampleur normale. La mensuration des deux membres inférieurs donne des chiffres égaux pour la longueur. Toutefois au point de vue des muscles il existe une différence sensible, au détriment du membre malade. L'enfant marche comme tous ses camarades et il se soumet aux mêmes fatigues qu'eux sans éprouver le moindre malaise.

La guérison obtenue dans ces conditions est un fait assez rare pour mériter d'être cité en premier lieu dans ce travail. Le temps qui s'est écoulé depuis la fin du traitement est la meilleure garantie de la solidité du succès obtenu.

Il est probable que si la coxalgie était traitée de très bonne heure avec le soin que l'on a apporté à rendre

aussi parfaite que possible l'extension continue, le nombre des guérisons analogues augmenterait sensiblement. Il est incontestable que, chez les sujets qui n'ont point d'hérédité tuberculeuse, les lésions sont d'autant plus faciles à combattre qu'elles sont moins étendues. C'est dans ces conditions que le processus de destruction peut être le plus efficacement enrayé.

OBSERVATION II (*Observation du docteur Bilhaut*).

Enfant G..., 7 ans. — Coxalgie gauche, soignée exclusivement par l'extension continue. — Père tuberculeux et alcoolique. — Mère saine. — Pas d'abcès pendant tout le cours du traitement. — Extension continue pendant 18 mois. — Marche pendant 6 mois, récidive ; pas d'abcès ; nouvelle extension continue pendant un an. — Guérison avec conservation de tous les mouvements de l'articulation de la hanche. — Ces mouvements sont limités.

L'enfant G..., né à Paris, d'une mère très bien portante et d'un père alcoolique, atteint à diverses reprises d'hémoptysies et qui succomba, en 1893, à des lésions pulmonaires de nature tuberculeuses. Un frère aîné a été atteint de tuméfaction chronique des ganglions inguinaux. Cette lésion a disparu sous l'influence de topiques résolutifs à base d'onguent mercuriel et de l'usage simultané de l'huile de foie de morue.

G... est turbulent; il a fait, à diverses reprises, des chutes qui, dans l'esprit des parents, peuvent avoir puissamment contribué à l'éclosion des accidents siégeant dans l'articulation de la hanche gauche. Depuis deux mois il existe une claudication manifeste, un abaissement de l'épine iliaque antérieure et supérieure qui donne lieu à un allongement apparent du membre malade. Douleurs à la pression au niveau du grand trochanter ; gonalgie et fatigue après quelques

instants de marche. Lorsque le malade est au lit il fléchit légèrement la cuisse sur le bassin et place son membre inférieur en rotation en dehors. Légère atrophie musculaire. Douleurs nocturnes.

L'enfant est soumis à l'extension continue par le poids et l'on constate que la douleur ne tarde pas à disparaître. Le traitement est suivi ponctuellement pendant 18 mois. Alors, l'enfant commence à s'asseoir dans son lit, puis à marcher. La douleur ayant totalement disparu et les mouvements de l'articulation ayant récupéré toute leur étendue, je permets la marche. Pendant six mois tout se passe à merveille : à cette époque une chute sur le grand trochanter remet tout en question. L'enfant atténue ses douleurs en fléchissant la cuisse sur le bassin. En peu de temps l'ensellure lombaire se dessine ; aussi je conseille de revenir sans retard à l'extension continue par le diachylon et les poids. Douze mois sont nécessaires pour atteindre la guérison. Le résultat, en somme, est moins satisfaisant qu'avant la rechute, en ce sens que les mouvements articulaires sont assez limités, et particulièrement le mouvement d'abduction actif ou passif.

L'enfant revu en 1897, c'est-à-dire 4 années après la fin du traitement est en aussi bon état qu'au moment où il a repris la marche, pour la deuxième fois. Il résiste bien à la fatigue, n'a pas de claudication. Les mouvements de la hanche sont suffisants, bien qu'ils n'aient pas toute l'ampleur de ceux qui se produisent dans la hanche droite non malade.

Dans ce cas, comme dans le précédent, on ne peut nier les bienfaits de l'extension continue. Le traitement a été suivi avec la même ponctualité dans les deux cas. Mais pour le second malade on doit tenir compte de l'hérédité, de l'état de misère dans lequel il se trouvait par suite de l'inconduite du père, et du traumatisme qui

est venu compromettre les excellents résultats constatés après dix-huit mois de traitement.

On ne saurait trop insister sur la nécessité de combiner le repos dans la position horizontale avec l'extension continue. On ne doit se relâcher à aucun moment dans l'application de l'extension. Lorsque l'appareil aura besoin d'être remplacé, on procédera avec la plus grande diligence possible à son renouvellement. On ne devra en aucun cas permettre aux malades de s'asseoir, de se coucher sur les côtés. Car, dans ces positions, la traction ne s'exerce pas dans le sens voulu, partant elle devient inutile, illusoire et les effets qu'on doit en attendre ne tardent pas à s'évanouir. L'observation suivante le démontre avec évidence.

OBSERVATION III (*Inédite. — Docteur Bilhaut*).

Enfant B..., 5 ans. — Coxalgie droite soumise dès le début à l'extension continue par les poids. — Pas d'abcès. — Guérison au bout de 22 mois de traitement, conservation de tous les mouvements normaux de l'articulation ; l'atrophie musculaire seule persiste. — Le sujet a actuellement 14 ans.

B..., est fils unique ; sa mère n'a jamais eu d'autre enfant. Pas de fausse couche ; état aussi satisfaisant que possible. Le père est en parfaite santé. Rien à noter dans les ascendants ni dans les collatéraux au point de vue de la tuberculose. La grand-mère maternelle a eu successivement les deux rotules fracturées : l'une, par choc direct ; l'autre, par action musculaire. Dans le premier accident, la rotule fut fracturée par la contusion exercée par un omnibus reculant brusquement : le marche-pied vient heurter

violemment la rotule. Le second accident se produisit dans un effort que fit la malade pour passer brusquement de la position accroupie à la position droite. (Fracture de la rotule par action musculaire.)

Une tante fut opérée d'un volumineux lipôme de la fesse. Tous ces accidents n'ont aucun rapport avec la tuberculose.

Chez le jeune malade, on eut recours, dès le début des accidents, à l'extension continue par les poids, conseillée par le docteur Horteloup. Le docteur Bilhaut fut appelé à donner ses soins au patient au moment où l'extension était déjà employée depuis 8 mois environ. Dans tout le cours du traitement on ne vit apparaître d'abcès par congestion. Les signes de la coxalgie étaient évidents, aussi le traitement fut-il continué pendant 22 mois, avec toute la ponctualité désirable. L'enfant fut alors envoyé à la mer ; il resta 2 ans à Courseulles. Il en revint complètement guéri. Il ne reste aujourd'hui comme vestige de cette affection qu'un développement moins considérable des muscles du membre inférieur droit. Toutefois depuis deux ans un progrès considérable a été obtenu grâce à l'usage de la bicyclette. Les membres inférieurs sont sensiblement égaux : il n'existe aucune claudication. La résistance à la marche est égale à celle des sujets du même âge. Il existe à peine de différence dans l'amplitude des mouvements de la hanche. Il est probable qu'avec les années, s'il ne se produisit aucune récidive, les membres abdominaux de ce malade différeront de moins en moins.

OBSERVATION IV (*Inédite du docteur Bilhaut*).

Enfant V... (Félicie), 5 ans. — Coxalgie droite non précédée de traumatisme. — Pas d'hérédité ; aucune trace de tuberculose chez les frères et sœurs. — Application de l'extension continue. — Imperfection de cette application. — Abcès multiples ; fistules.

— *Intolérance des pansements iodoformés.* — *Au bout de 9 ans de traitement, accidents nécessitant la résection.*

L'enfant V... est atteinte vers l'âge de 5 ans de claudication de la jambe droite avec douleurs dans le genou, rigidité dans la hanche, rotation externe, abaissement du pli fessier, etc... Le diagnostic de coxalgie est évident. Cette enfant est soumise à l'extension continue par les poids. (4 kilogs au début et progressivement 5 kilogs.)

Les ganglions de l'aîne sont tuméfiés mais aucun d'eux ne menace de s'ouvrir. L'enfant est indocile ; on ne peut la tenir dans le décubitus dorsal. Pendant la journée elle reste constamment assise. Son état général est bon. Au bout de la première année de traitement un abcès inguinal se produit. Il n'est pas plus gros qu'une amande. Peu à peu la peau s'amincit, rougit, devient luisante et, en raison du faible volume de la collection purulente, il est incisé, puis drainé avec une petite mèche de gaze iodoformée. Dans la nuit même qui suit l'application de ce pansement, on voit apparaître au pourtour de l'abcès et dans une étendue large comme la main un érythème qui donne à la peau l'apparence du chagrin ou de l'écorce d'une orange (peau d'orange). L'incision ayant été pratiquée avec tous les soins antiseptiques on ne pouvait incriminer que la susceptibilité spéciale à l'égard de l'iodoforme. A ce produit on substitua l'usage du pansement humide avec solution de sublimé à 0.25 0/0. Les accidents s'amendèrent d'eux-mêmes, et la cicatrisation se fit dans les meilleures conditions.

Après dix-huit mois de traitement par l'extension faite dans les conditions ci-dessus indiquées, la malade ne voulut plus rester au lit. Les parents, d'une grande faiblesse, la laissèrent marcher et, peu après, elle alla à l'école.

Jusqu'à ce moment la différence de longueur des membres inférieurs était à peine marquée ; le membre avait, en outre, une bonne direction, et, partant, il n'existait pas d'ensellure bombée.

Sous l'influence de la marche, cette déviation ne fut pas longue à se produire. La claudication augmenta; les douleurs nocturnes, disparues sous l'influence de l'extension, se reproduisirent. Le membre ne tarda pas à paraître plus court; enfin, un nouvel abcès obligea la malade à garder de nouveau le repos du lit. Cette fois, il fut incisé, cureté et pansé avec la poudre de salol et la gaze salolée et la guérison survint dans un délai de trois mois environ.

Pendant 9 ans, cette malade resta au lit, soumise à l'extension, toujours assez mal appliquée, d'ailleurs. Parfois, on fit des essais de marche; mais, à court intervalle, on dut, chaque fois, en revenir au repos.

Nous verrons plus loin, au chapitre de la résection de la hanche comme traitement de la coxalgie, en quoi consistèrent les lésions osseuses constatées au moment où il fallut en venir à une opération faite sans parcimonie.

Il ne suffit donc pas que le médecin formule l'application de l'extension continue. Celle-ci doit être l'objet d'une surveillance de tous les instants, et il n'est pas possible qu'elle donne des résultats satisfaisants lorsque l'immobilisation ne vient pas se joindre à l'action des poids.

Le professeur *Lannelongue*, dans ses leçons sur la coxo-tuberculose, insiste à juste titre sur la *continuité* de l'extension. Il est impossible de mettre fin à la contracture musculaire si l'extension, par suite de la mauvaise application des poids, ou par l'indocilité du malade, n'est pas absolument continue.

Chez cette malade, la position horizontale fut trop

souvent abandonnée ; les essais de marche furent désastreux, et le nombre des années consacrées au repos et à une apparence d'extension continue, n'a pu contrebalancer l'action destructive de la maladie principale.

CHAPITRE III

Coxalgie avec déformation.

OBSERVATION V

Enfant Ch... Angèle, 5 ans. — Coxalgie droite; attitude vicieuse, flexion de la cuisse sur le bassin. — Redressement sous le chloroforme. — Appareil plâtré. — Accidents péritonéaux immédiats. — Remplacement de l'appareil plâtré par l'extension continue. — Au bout de dix-huit mois de traitement, guérison avec conservation de tous les mouvements de l'articulation.

L'enfant Ch... Angèle, née de parents en parfaite santé; domestiques à Paris, a été élevée à la campagne. Nourrie au biberon. Pas de traces de rachitisme, elle marcha seule vers le quatorzième mois. A l'âge de 5 ans, elle est prise de claudication légère, de douleurs dans le genou droit, d'allongement apparent du membre inférieur droit. On n'applique tout d'abord aucun traitement. La petite malade marche comme il lui plaît et n'entend se soumettre à aucune médication. Il y a près d'un an qu'elle souffre et qu'elle boite, lorsqu'elle est présentée à la consultation du docteur Bilhaut, le 1^{er} août 1893.

A cette époque, il existe indépendamment de la claudication, des douleurs dont le siège mal indiqué par l'enfant, se trouve en réalité dans l'articulation coxo-fémorale, ainsi que le démontre la

pression exercée sur le grand trochanter, ainsi que celle produite par la contusion du genou ou du pied, le membre inférieur restant en extension.

A l'état de veille, on ne peut produire que des mouvements très limités de flexion ou d'extension de la cuisse sur la hanche; dans ces essais, on ne tarde pas à voir que le bassin se meut en même temps que le fémur. Le mouvement d'abduction est impossible. Dans la plus forte extension produite, on ne peut placer la cuisse dans la rectitude parfaite; on ne perçoit pas de craquements bien évidents, en produisant des mouvements qui se passent dans l'articulation de la hanche. On peut donc songer à une ankylose en voie d'évolution, bien qu'il semble que la fixation ne soit pas absolue.

La nuit, l'enfant est fréquemment réveillée par des douleurs de hanche ou de genou. Les ganglions inguinaux et cruraux, bien que sensiblement hypertrophiés, ne sont ni douloureux ni ramollis. La palpation profonde de la fosse iliaque droite, décèle l'existence d'une masse indurée au niveau de la partie interne ou mieux intra-pelvienne de la cavité cotyloïde. On ne perçoit pas de fluctuation en ce point. Le toucher rectal n'a pas été pratiqué.

L'enfant reste toujours indocile; mais ses parents, justement alarmés de cet état de santé, sont prêts à faire tout le nécessaire pour que l'enfant guérisse dans de bonnes conditions. Sur les conseils du docteur Bilhaut, il est convenu que l'enfant sera anesthésiée, puis soumise à des manœuvres de réduction et, enfin, immobilisée dans un plâtre. Le 2 août 1893, l'enfant est amenée à la clinique française, hôpital international de la rue d'Assas. Lorsque la résolution chloroformique est obtenue, des mouvements alternatifs d'extension et de flexion permettent de mobiliser l'articulation de la hanche et de rendre au fémur une direction normale. Ces manœuvres sont faites avec douceur. Elles ne déterminent point de craquements osseux. Lorsque le membre est arrivé à l'attitude droite, on applique un appareil plâtré (bandes

de tarlatane frottées de plâtre) autour du bassin et de tout le membre atteint.

Dans la nuit, la patiente est prise de vomissements; elle ne peut tolérer ni boissons, ni aliments liquides ou solides. Elle se plaint de douleurs assez vives au niveau de la hanche. Pendant la nuit, une poussée de fièvre se produit en même temps que le ventre est le siège d'un ballonnement très apparent. Le lendemain soir de l'opération, le ballonnement a encore augmenté, les vomissements se sont reproduits; ils sont particulièrement composés de bile. Le thermomètre accuse une élévation de température de 2 degrés (température axillaire). Dans l'intervalle des vomissements, la malade se plaint d'étouffement et on ne tarde pas à être dans la nécessité d'opérer la section de l'appareil dans la partie où il fait une ceinture pelvienne.

Immédiatement après la section de l'appareil, le météorisme devient encore plus apparent. Mais ce qui frappe particulièrement l'attention, c'est une tuméfaction située à droite, un peu au-dessus du pli de l'aîne et provenant, sans doute, d'une poussée aiguë à l'endroit même de la tuméfaction signalée un peu plus haut. La direction du membre inférieur reste, néanmoins, aussi satisfaisante qu'au moment de la réduction pendant l'anesthésie chloroformique.

Sans perdre de temps, un appareil à extension continue est improvisé à l'aide d'une bande de diachylon, d'une planchette sous-plantaire, d'une poulie placée au pied du lit et de quelques poids de fonte destinés à assurer la traction.

Le soulagement est immédiat; les vomissements cessent; la fièvre tombe et l'enfant ne tarde pas à reprendre l'appétit. Dès ce moment, plus de douleurs nocturnes. La tuméfaction au-dessus du pli de l'aîne persiste seule.

Peu à peu, la tuméfaction se ramollit et bientôt une collection purulente est reconnue à la fluctuation qu'il est facile de constater. La peau est rouge, tendue, chaude; le doigt laisse à la pres-

sion une marque analogue à celle qui existe dans l'œdème. L'incision de la collection est pratiquée le 29 janvier 1894; elle donne lieu à l'écoulement d'un pus mal lié, renfermant des grumeaux et quelques fongosités. Drainage avec un tube en caoutchouc entouré de gaze iodoformée.

Au bout de huit jours, suppression du drain, mais maintien dans la plaie d'une mèche de gaze iodoformée. Peu à peu, la cavité de l'abcès se comble. On diminue parallèlement le volume et la longueur de la mèche. Enfin, au bout de trois mois, la cicatrisation est complète.

L'extension continue est appliquée pendant dix-huit mois, au cours desquels l'enfant est présentée de temps en temps. On note que les mouvements de l'articulation coxo-fémorale restent libres, que peu à peu ils augmentent d'ampleur. L'ankylose n'apparaissant point, contre toute attente, l'enfant est conservée au repos et en extension dans la crainte qu'une récurrence ne vienne à se produire. A aucun moment, elle ne s'est plaint de l'extension continue. Au contraire, elle en demande promptement la réapplication, quand pour des motifs de propreté ou pour toute autre cause, l'action des poids cesse de se produire.

5 avril 1895. — Enfin, vingt mois s'étant largement écoulés depuis la tentative de réduction, la malade pouvant se passer plus longtemps de son appareil, sans demander, comme précédemment, qu'on en fasse la réapplication, on la laisse au repos au lit, à titre d'essai et sans traction.

Au bout de quelques semaines, l'enfant ne souffrant plus, on permet quelques essais de marche. Tout se passe sans accroc et, bientôt, on voit les muscles du membre droit prendre un développement considérable et se reconstituer.

Aujourd'hui, les mouvements sont aussi complets à droite qu'à gauche, et les figures ci-annexées, indiquent quelle est l'im-

portance du mouvement de flexion et à quel point le volume des muscles est revenu.

Il n'existe plus trace de claudication. Enfin, la guérison date de trois ans, et il y a tout lieu d'espérer qu'elle est définitive.

Une semblable guérison, un retour aussi complet des mouvements, font qu'on se demande, si en réalité il s'est bien agi en ce cas d'une coxalgie.

Les symptômes de la coxalgie étaient si manifestes qu'aucun doute n'est possible. La lenteur de l'apparition du mal, l'absence des traumatismes, l'absence de fièvre, font éliminer toute idée d'affection aiguë, telle que arthrite, ostéite, épiphysaire, ostéo-myélite, etc...

La goulgie, la fatigue pendant la marche, les douleurs nocturnes, l'hypertrophie ganglionnaire chronique, la raideur de l'articulation ne s'expliquent que par la coxalgie. Enfin, l'âge du sujet le met en garde contre le rhumatisme goutteux ou arthrite déformante (coxalgie sénile).

Que les lésions aient été plus considérables du côté du cotyle que de la tête fémorale cela est possible, mais nous savons parfaitement que les diverses parties de l'articulation peuvent être prises isolément ou en totalité. Ce qui peut faire supposer que la lésion a siégé plutôt du côté de l'os des îles que sur la tête du fémur, c'est la réaction qui s'est produite dans les pelvis et dont le dernier terme a été un abcès contenant le pus caractéristique des légions chroniques.

Cela n'en constitue pas moins une coxalgie au vrai sens du mot. Le résultat acquis, grâce à l'extension

continué pendant une longue période, nous explique aisément comment la tête fémorale a pu échapper à la destruction si facile en pareil cas. Les deux surfaces articulaires cessant d'être en contact, celle qui était altérée a pu guérir; l'autre, a pu échapper à la contagion, ou mieux à l'inoculation par le fait même de l'écartement résultant de l'extension par les poids. Il manque malheureusement comme élément confirmatif du diagnostic l'examen bactériologique du liquide mis à jour par l'incision de l'abcès. Encore est-il que souvent on ne trouve point le bacille pathogène dans le pus des abcès froids ni dans les fongosités qu'il renferme.

Il s'agit donc bien là d'un cas de coxalgie avec mauvaise attitude de la cuisse, fixation du fémur par des tractus fibreux que des manœuvres de redressement ont excités en produisant une fonte purulente et des phénomènes péritonéaux de voisinage et que, l'extension continue a guérir en assurant le retour de la fonction et en tarissant le foyer primitif de la tuberculose.

Cette observation montre encore tout le parti que l'on peut tirer des deux modes habituels du traitement de la coxalgie, et de la substitution de l'extension continue très aisément supportée, à la fixation dans le plâtre, aussi mal tolérée que possible après le remplacement du fémur en bonne direction. Il y avait là des indications très nettes de l'emploi des deux méthodes. La fixation était beaucoup plus certaine avec le plâtre. Mais dans l'impossibilité de maintenir la fixation, l'extension continue devenait d'un très précieux secours. Le résultat définitif indique bien les avantages qui ont été retirés de

cette méthode et qu'on pourrait encore en obtenir dans des circonstances analogues.

FIG. I. — A. Ch... de face, d'après une photographie conservée dans le service du docteur Bilhaut. Au-dessus du pli de l'aîne droit on voit la ligne cicatrice de l'abcès qui s'est produit après redressement et fixation dans le plâtre.

FIG. II. — A. Ch... vue de profil. On voit d'après ce dessin que l'atrophie musculaire est à peine marquée sur le membre inférieur droit.

FIG. III. — A. Ch... n. Ce dernier, d'après une photographie, indique avec quelle facilité la malade peut exercer le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin.

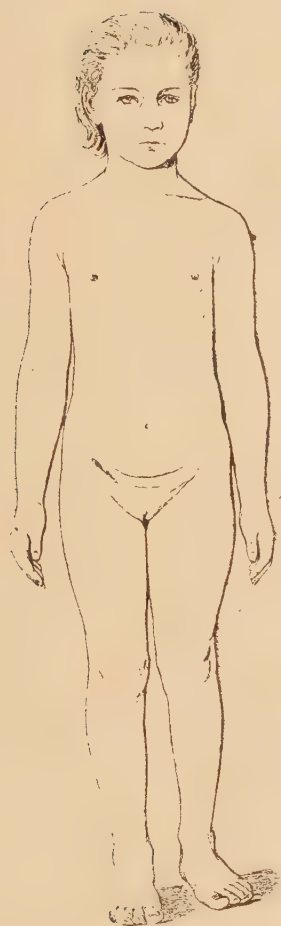


FIG. I.



FIG. II.

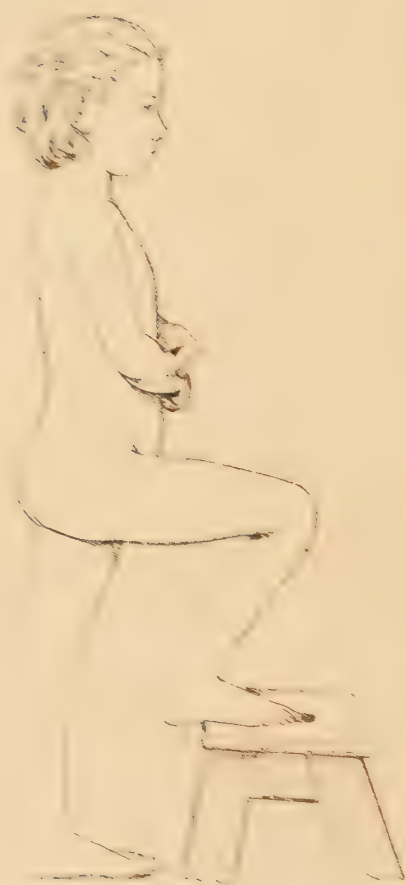


FIG. III.

CHAPITRE II

Coxalgies avec déformation. --- Fausses ankyloses. --- Ankyloses osseuses. -- Mode de réduction de la déviation.

Certains chirurgiens redoutent non sans raison les tentatives de réduction de la coxalgie fixée en mauvaise attitude, lors même que l'ankylose est le fait de rétraction musculaire, de la néoformation de brides cicatricielles et non de la production de jetées osseuses parfois dures, résistantes comme l'ivoire et qu'il faut briser pour obtenir un retour à une position favorable. Il ne faut pas se dissimuler qu'une opération de ce genre peut amener une poussée aigue dans l'articulation malade, qu'elle peut réveiller des germes que l'on pouvait supposer endormis et qu'elle peut rallumer un foyer éteint en apparence.

Même quand l'ankylose n'est qu'apparente, les brides qui assurent la fixité doivent être étirées, allongées, souvent déchirées. Cela ne se fait point sans créer pendant la réduction des craquements qui étonnent toujours le chirurgien même lorsqu'il a l'habitude de les

entendre. Le gonflement peri-articulaire qui se produit presque invariablement après toute tentative de réduction brusque, indique que des vaisseaux ont été divisés, qu'une suffusion sanguine s'est produite; quoi d'étonnant si la virulence s'accroît et si des abcès se produisent ?

Un autre écueil est celui qui consiste à voir se produire une fracture, en raison même de la fragilité du squelette. En effet, au-dessous d'une lésion de coxalgie, le fémur subit une dégénérescence graisseuse qu'il est aujourd'hui facile de constater à l'examen skiographique ou radioscopique. Les os ainsi dégénérés sont à peine marqués à l'écran fluorescent; leur couche extérieure seule laisse voir son contour et il semble que la cavité médullaire soit considérablement élargie. Ce n'est là qu'une illusion d'optique dont la clinique nous donne d'ailleurs l'explication. A la coupe ces os ont une surface de section jaune rosé très différente de celle que nous trouvons dans l'os sain. Les trabécules osseuses sont notablement plus grandes et les aréoles sont envahies par des granulations graisseuses plus abondantes que de raison. Nélaton démontrait autrefois à ses élèves combien était grande la fragilité du squelette au-dessous de l'articulation tuberculeuse en enfonçant la pointe de son couteau à amputation avec la plus grande facilité dans un os long tel que le fémur, le tibia, chose qu'il eût été absolument impossible dans les mêmes os appartenant à un membre sain.

La question de savoir si on peut tenter le redressement dans la coxalgie, par manœuvres simples, ne

peut se resoudre qu'à la suite d'un examen prudent et qu'il est nécessaire de pratiquer pendant la résolution anesthésique. En s'y prenant avec soin, en faisant exécuter à l'articulation de très faibles mouvements de flexion et d'extension, on pourra se convaincre du degré de résistance éprouvée. On comprend que pour cela il est de toute nécessité que la résolution soit complète. Tant que la sensibilité n'est pas abolie, les muscles restent contracturés: tendus comme des cordes, ils s'opposent aux mouvements dans les divers sens. Il n'en est plus de même lorsque la douleur ne se produit plus. Alors, si un aide bien dressé fixe parfaitement le bassin, on peut se rendre compte du degré de glissement de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, surtout lorsque ces deux organes n'ont pas été profondément altérés. Dès que l'on a la notion certaine de l'existence de la flexion si petite qu'elle soit, on peut espérer obtenir une bonne correction quitte à provoquer quelques divisions dans les tissus fibreux peri-articulaires. Les déchirures qui se produisent pourront donner naissance à des craquements parfois un peu bruyants.

Les choses se passent différemment lorsque des sels calcaires se sont déposés au milieu des tissus fibreux, envahissant la tête du fémur et le cotyle et créant ainsi une barrière solide dans la capsule articulaire et dans son voisinage et unissant quelquefois l'os des îles, c'est-à-dire la fosse iliaque externe et le grand trochanter.

Comme on le voit, la situation est extrêmement différente dans ces deux cas et, autant le redressement est simple dans le premier, autant il est redoutable dans

le second. Non seulement il y a danger à briser l'ankylose osseuse, mais encore il y a des risques sérieux de produire au-dessous de l'articulation malade une fracture qu'il est toujours désagréable de faire constater aux gens de la famille. C'est pourquoi le redressement devra toujours être fait sous le chloroforme avec la plus grande attention et la plus grande douceur. Dès que la résistance semblera de nature osseuse il sera beaucoup plus sage d'attendre, de laisser les os se souder complètement, s'éburner même si c'est possible et quand un temps suffisant se sera écoulé, lorsqu'on craindra moins le réveil de la diathèse, on mettra fin à l'infirmité soit en recouvrant à l'ostéoclasie, soit en demandant à l'ostéotomie la précision que cette dernière opération peut donner au chirurgien.

Certains chirurgiens restent des partisans convaincus de l'ostéoclasie, la pratiquent de propos délibéré et lui reconnaissent des avantages marqués sur l'ostéotomie. Il est bon de ne pas vivre avec les craintes du passé et de considérer la fracture produite par l'ostéoclasie, comme plus bénigne que la section osseuse pratiquée à l'ostéotomie, par le seul motif qu'une fracture simple est moins grave que celle compliquée de plaie. Ce qui est vrai pour les fractures ordinaires cesse de l'être pour celles qui se produisent au voisinage d'un foyer de tuberculose. Le réveil de la diathèse est toujours redoutable, que la peau soit dans un état parfait d'intégrité ou qu'elle ait été divisée par le bistouri. Si l'ostéotomie est pratiquée avec l'ensemble des précautions aseptiques ou même antiseptiques usitées aujour-

d'hui on n'a rien à craindre de l'incision, on n'a pas de risques à courir et la septicémie ne se produira en aucun cas. Dans ces conditions l'ostéotomie permet d'atteindre plus sûrement le but qu'on se propose, en ce sens que la section linéaire ou cunéiforme du fémur portera sur un point bien nettement défini, véritable lieu d'élection, condition qu'on ne peut accorder à l'action de l'ostéoclaste, quelle que soit la perfection de cet instrument.

Tandis que l'école de Lyon préconise l'ostéoclasie, les chirurgiens de Paris, en général, emploient l'ostéotomie linéaire ou cunéiforme, sous-tranchantérienne. Dans ces derniers temps, le docteur Hennequin, de Paris, a conseillé de substituer à l'ostéotomie cunéiforme, une opération appelée à corriger dans une certaine mesure le raccourcissement du membre inférieur dû : d'une part à la luxation pathologique et d'autre part au défaut d'accroissement qui a été signalé comme une des conséquences de la coxalgie.

Ce procédé consiste dans une section oblique du fémur de haut en bas et de dehors en dedans. Lorsque la section est complète on peut sur le membre inférieur droit obtenir un glissement du fragment inférieur et allonger ainsi de quelques centimètres le diaphyse du fémur.

FIG. III. — A. Ch.... Ce dessin, d'après une photographie, indique avec quelle facilité la malade peut exercer le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin.

OBSERVATION VI

Enfant G..., 8 ans.

Coxalgie gauche soignée par le repos dans le décubitus dorsal, l'immobilisation dans la gouttière de Bonnet ; flexion anormale de la cuisse sur le bassin. — Ankylose fibreuse ; redressement sous le chloroforme ; immobilisation dans le silicate de potasse : Guérison par ankylose en bonne attitude. (Observation inédite du Dr Bilhaut.)

Ce petit malade est le cinquième enfant du ménage, ses frères et sœurs sont en parfaite santé. Le père aurait été atteint de claudication pendant son jeune âge et on aurait conçu des craintes de coxalgie. Aujourd'hui il marche parfaitement et a pu accomplir son service militaire, ce qui semble prouver que les appréhensions conçues à son sujet étaient dénuées de fondement. La mère du malade jouit d'une excellente santé et au moment où commence cette observation elle est en état de grossesse, pour la septième fois.

L'enfant aurait fait une chute malheureuse sur le côté et c'est quelques jours après cet accident que l'on se serait aperçu pour la première fois de sa claudication. Soigné par un médecin du voisinage il fut d'abord condamné à rester au repos au lit. Mais, très turbulent, ce jeune sujet dut être placé dans une gouttière de Bonnet où il resta quatorze mois, non sans toutefois se livrer à des exercices absolument contraires à son traitement.

Dès que la douleur au mouvement fut moins vive, il voulut à toutes forces se lever, marcher, aussi ne tarda-t-on pas à voir que la flexion de la cuisse sur le bassin s'accroissait de jour en jour.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, je constatai un amaigrissement notable de la cuisse, un abaissement de l'épine iliaque antérieure et supérieure coïncidant avec un allongement apparent du membre malade. Pas de ganglions manifestement hypertrophiés, pas d'abcès ni de trajet fistuleux.

Si on étend le membre malade de manière à l'appliquer bien à plat sur le lit, on voit immédiatement se dessiner une lordose lombaire des plus caractérisées. Au contraire l'ensellure disparaît dès qu'on ramène la cuisse sur le bassin.

Il ne semble pas que l'ankylose soit tout à fait complète, bien que les mouvements de flexion et d'extension soient des plus limités. Je conseille de recourir à l'anesthésie chloroformique et de ramener la cuisse en bonne position sur le bassin. Moins familiarisé à cette époque avec l'application des bandes de tarlatane frottées de plâtre je me bornerai à recourir aux bains de toiles imbibées de solution de silicate. La famille accepte ce traitement. Je soumetts l'enfant au chloroforme, je mobilise ensuite l'articulation de la hanche non sans entendre comme toujours des craquements un peu troublants. Néanmoins en employant une certaine douceur dans la production des mouvements et en augmentant peu à peu l'ampleur de ces derniers, j'arrive à rétablir la rectitude. Le malade est alors placé sur un pelvi-support et je confectionne un appareil silicaté remontant jusqu'au thorax.

Cette immobilisation ne ramène aucune poussée nouvelle dans la hanche malade ; mais, comme le silicate demande un certain temps avant d'être parfaitement rigide, la correction n'est pas absolue. Le malade reste six semaines dans cet appareil non sans tenter à diverses reprises de descendre de son lit et de s'essayer à la marche.

Cet appareil reste appliqué pendant deux mois au bout desquels je le renouvelle sans recourir cette fois au sommeil anesthésique ; j'augmente encore un peu le degré de correction et, dans le nouvel appareil silicaté que je construis je prends soin d'incorporer en avant et au côté externe de la cuisse deux plaques de store léger qui en assureront le maintien en attitude droite. Cet appareil reste trois mois appliqué.

L'enfant est envoyé dans le Midi près de Pau, en juin 1891. Quand il revient à Paris, octobre 1891, la direction est restée

aussi satisfaisante que possible. L'état général est bon ; les nuits sont calmes et je crois que l'ankylose, devenue plus serrée, ne tardera pas à devenir définitivement constituée par la production de jetées osseuses s'étendant de l'os des îles au fémur.

Actuellement, novembre 1897, le résultat est aussi complet que possible. Il n'existe aucun mouvement dans l'articulation coxo-fémorale. Le fémur et le bassin sont intimement unis par une ankylose solide et très vraisemblablement osseuse.

Nous croyons que ce procédé ingénieux peut être plus particulièrement utilisé dans les cas d'ankyloses osseuses ; mais que l'on devra toujours attendre, pour en avoir recours, que l'affection locale se soit notablement amendée. L'existence de fistules est une mauvaise condition pour la réussite de cette intervention. On a beau curetter les trajets avec le plus grand soin, disséquer au bistouri ou aux ciseaux les tissus envahis par les fongosités ou frappés de sclérose, on n'atteint jamais les limites ultimes du mal et on court le risque de voir la plaie chirurgicale s'infecter sous l'action du bacille pathogène ou des associations microbiennes qui se sont produites.

Au contraire, quand la lésion est guérie, qu'il ne demeure en somme qu'une mauvaise attitude et du raccourcissement, ce procédé donne d'excellents résultats.

OBSERVATION VII (*Inédite*).

Enfant E..., 2 ans, demeurant à Clichy.

Coxalgie droite. — Ankylose. — Réduction sous le chloroforme. — Immobilisation dans un appareil plâtré. — Excellent résultat.

Cette enfant, née de parents en bonne santé, élevée au bibe-

ron, a marché vers l'âge de 14 mois, mais un peu avant le terme de sa seconde année, elle demande constamment à être portée, accuse des douleurs dans le membre droit et finalement ne marche plus. Quand elle est présentée à la consultation de l'Hôpital International, le docteur *Bilhaut* constate une raideur très caractéristique au niveau de l'articulation de la hanche droite. Les mouvements d'extension et de flexion de la cuisse sur le bassin sont impossibles. L'os des iles suit les mouvements du fémur. Quand l'enfant est couché sur le dos, on remarque une flexion sensible de la cuisse sur le bassin et un certain degré d'adduction. La pression au niveau du grand trochanter détermine une douleur très manifeste ; il en est de même de la pression exercée de bas en haut, soit sur la plante du pied droit, soit au niveau du genou. Le mouvement d'abduction est impossible. C'est dans cet état que se trouvait la petite malade le 17 février 1897, jour du premier examen.

Comme il n'est pas possible de songer à obtenir la réduction à l'état de veille, en raison de l'indocilité de la malade, il est convenu que le redressement sera obtenu pendant l'anesthésie chloroformique et qu'un plâtre contentif sera appliqué.

Lorsque l'enfant a été dans la résolution parfaite, il a suffi d'un très petit effort pour placer le membre inférieur en attitude droite et en abduction légère. On plaça la malade sur un pelvi-support et on appliqua un appareil avec bandes de tarlatane frottées de plâtre, non sans avoir au préalable recouvert les parties molles d'une couche d'ouate suffisante pour assurer la libre circulation vasculaire après dessiccation de l'appareil.

14 avril 1897. Le premier plâtre est enlevé et on constate que la douleur à la pression a notablement diminué ; que la direction du membre inférieur est aussi correcte que possible, et que les manœuvres nécessaires pour obtenir la réduction, n'ont déterminé, dans l'intérieur de l'articulation, aucune réaction inflammatoire. Il existe peu de mouvements et d'ailleurs on insiste peu

pour les produire, ne voulant en aucune manière faire obstacle à l'ankylose toujours désirable en pareil cas. L'enfant ayant récupéré le calme, le bon sommeil pendant la nuit, a en plus augmenté de poids de 1 k. 1/2.

5 mai 1897. L'enfant est revue et elle va très bien, on ne change pas son appareil.

L'immobilisation est maintenue de la sorte pendant un an, puis on se borne à conseiller le séjour au lit, de préférence dans le décubitus dorsal.

Aujourd'hui 3 juin 1897, cette enfant va aussi bien que possible, elle n'a pas eu d'abcès, l'ankylose semble complète car il ne se passe aucun mouvement dans l'intérieur de l'articulation malade. Les deux membres abdominaux sont d'égale longueur, bien que le membre droit soit notablement atrophié ; enfin l'examen radioscopique indique que, dans les mouvements imprimés au membre inférieur droit, le bassin suit toujours le fémur. Si l'on compare les deux fémurs, on trouve que le gauche apparaît à l'écran d'une façon beaucoup plus nette : le fémur droit est plus grêle, il se laisse plus facilement traverser par les rayons X.

Les deux trochanters sont à une même hauteur et la direction des deux fémurs est indiquée comme normale.

Cette observation démontre l'avantage que l'on peut retirer de l'immobilisation faite dès le début de la coxalgie.

Toutefois il ne faut pas considérer cette enfant comme radicalement guérie, malgré les apparences favorables sous lesquelles elle se présente dans cette observation. Nous savons en effet que des poussées nouvelles peuvent se faire, et que l'enfant, à la merci d'un choc, d'une fatigue trop considérable, peut présenter une marche de nouveau envahissante d'une affection qui

nous a demandé des soins si continus. Aussi nous bornons-nous à considérer la malade comme très notablement améliorée sous l'influence du traitement, mais pas encore radicalement guérie.

OBSERVATION VIII (*Inédite*).

Coxalgie droite. — Ankylose fibreuse déjà ancienne. — Réduction sous le chloroforme. — Immobilisation. — Guérison.

Mademoiselle P., 22 ans, demeurant à Paris, 42, rue Lauriston, a été atteinte de coxalgie à l'âge de 7 ans. On l'immobilisa dans une gouttière plâtrée et elle fut envoyée à la campagne chez des parents habitant Marly-le-Roi. Malheureusement, les soins ne furent pas continués assez longtemps et les résultats qui avaient été donnés par l'immobilisation, ne tardèrent pas à s'évanouir. Peu à peu la luxation pathologique s'accrut et la marche devint de plus en plus gênée.

Au commencement de novembre 1897, cette malade se présenta au Docteur *Rigabert* de Marly-le-Roi, et se plaignit d'éprouver des douleurs pendant la marche, de se fatiguer très vite, condition particulièrement défavorable pour l'exercice de sa profession. Cette malade est femme de chambre.

Notre confrère trouve qu'il s'agit d'une luxation de la hanche due à une coxalgie ; que la direction du fémur est anormale, c'est-à-dire beaucoup plus oblique de haut en bas, de dehors en dedans, qu'il ne conviendrait. Enfin, il trouve un massif osseux considérable dans la fosse iliaque externe, sous l'influence de l'ascension du fémur. Le mouvement d'abduction est impossible et le raccourcissement atteint près de 7 centimètres.

Ne pouvant être fixé sur la date de luxation, sur les progrès qu'elle a pu faire dans ces derniers temps, Monsieur *Rigabert*

adresse cette malade au Docteur *Bilhaut* et elle est examinée à l'hôpital International le 15 novembre 1897.

Soumise au repos pendant quelques jours, la malade est redressée le 30 novembre 1897. Pendant l'anesthésie chloroformique, on constate qu'il existe une mobilité assez considérable au niveau du bassin, entre le fémur et l'os des iles. On en profite pour corriger la flexion de la cuisse sur le bassin, la luxation en en haut, et on obtient ainsi un allongement à la faveur duquel l'extrémité supérieur du fémur est ramenée au niveau de la cavité catyloïde. Immédiatement la malade est immobilisée dans un grand appareil plâtré entourant tout le membre inférieur et le thorax. En raison de l'âge du sujet et de la fixation parfaite qu'il faut donner à son membre, on prend en outre la précaution de fixer dans le plâtre le membre inférieur gauche jusqu'au niveau de l'articulation du genou.

Les suites de cette opération furent aussi simples que possible. Aucune poussée d'irritation ne s'est produite au niveau de la hanche. Le premier appareil fut enlevé au bout de deux mois (le 20 janvier 1898). Un second appareil fut conservé encore pendant deux mois ; puis la malade marche avec un appareil consistant en une attelle métallique, verticale, solide, se fixant à la partie postérieure du tronc, de la hanche et du genou au moyen de lacs et d'embrasses spéciales.

OBSERVATION IX. (*Inédite*).

Coxalgie droite. — Redressement, Immobilisation dans le plâtre. — Guérison.

Enfant P. . . , Marguerite, 10 ans, née d'un père en très bonne santé, a perdu sa mère dans son jeune âge ; celle-ci est morte de tuberculose pulmonaire. Deux sœurs aînées sont en parfaite santé. Le père est très robuste. A l'âge de neuf ans, et sans qu'on

puisse invoquer un traumatisme, des accidents ont débuté du côté de l'articulation coxo-fémorale droite. L'enfant a été soumise à l'immobilisation dans une gouttière de Bonnet, mais au bout de six mois de ce traitement son état général était tellement précaire que l'on songea à la retirer de la gouttière et à la laisser libre. La marche fut des plus difficiles, mais, soit qu'une incurvation ait apparu pendant le séjour dans la gouttière, ainsi que cela se voit trop fréquemment, soit que pendant la marche la déviation ait encore sensiblement augmenté on ne tarde pas à constater que la flexion de la cuisse sur le bassin est très accentuée et qu'à l'état de veille il est impossible de ramener le membre inférieur dans une bonne direction. C'est dans cette condition que le Docteur *Roussel* de Paris appelle le Docteur *Bilhaut* à donner son avis et à conseiller la meilleure méthode du traitement. L'état général de la malade est moins mauvais qu'au moment de la sortie de la gouttière de Bonnet : il existe une flexion permanente de la cuisse sur le bassin et bien que l'ankylose ne paraisse pas s'être produite entre le fémur et la cavité cotyloïdée, il n'en est pas moins vrai que l'état de contracture des muscles s'oppose absolument à une bonne réduction. Dans les mouvements très légers qui sont imprimés à l'articulation coxo-fémorale, on ne perçoit aucun craquement sans doute à cause de la limitation même de ces mouvements. Il n'est pas survenu d'abcès, et bien que toute la région soit empâtée on ne trouve aucun point où la fluctuation soit apparente ; les ganglions inguinaux sont légèrement hypertrophiés.

Le mieux en pareille situation est de recourir au redressement et à l'immobilisation en bonne attitude, grâce à l'application d'un grand appareil plâtré.

On procède avec une extrême douceur pour éviter de produire dans l'intérieur de l'articulation des déchirures pouvant amener un écoulement sanguin dont la collection pourrait servir en quelque sorte de bouillon de culture au microbe pathogène.

L'opération est pratiquée le 22 janvier 1896 ; l'enfant est anes-

thésinée et quand la résolution est complète, le redressement est opéré par des manœuvres aussi douces que possible ; on évite ainsi de produire les grands craquements qui accompagnent si souvent les ruptures d'ankylose, et, après quelques efforts, le membre inférieur reprend une direction aussi parfaite que possible.

Le membre est fixé dans un grand appareil plâtré, après avoir été entouré d'une forte couche de ouate.

Les suites ont été aussi simples que possible ; le premier plâtre est resté appliqué 2 mois, au bout desquels, l'enfant, après avoir été soumis aux soins de propreté voulus, a été de nouveau immobilisé dans le plâtre.

Le même traitement a été continué pendant 14 mois au bout desquels, l'ankylose paraissant tout à fait complète et la luxation pathologique ne s'étant pas produite, on commença à permettre quelques essais de marche.

Aujourd'hui 5 juin 1898, deux grandes années s'étant écoulées depuis le commencement de ce traitement, on peut considérer que l'affection est terminée, la marche se fait dans des conditions analogues à ce qui se passe chez les malades atteints d'ankylose de la hanche. Aucune déviation ne s'est produite grâce aux soins avec lesquels les appareils ont été appliqués, grâce aussi à la docilité de la malade.

Il est à noter que nous jugeons de la plus grande importance de ne laisser qu'un très minime intervalle entre l'application consécutive de deux appareils de contension ; les soins de propreté doivent être assurés de préférence avec de larges lotions alcoolisées dont l'effet ne demande que quelques minutes à se produire et sont préférables à l'administration d'un grand bain demandant un plus grand laps de temps, exposant les malades à des heurts, à des flexions anormales et, partant, au retour possible de la déviation que l'on a tant de peines à corriger.

En procédant ainsi on ne met, pour ainsi dire, aucun intervalle

dans la succession des appareils; le premier enlevé, un quart d'heure après le second peut être commencé. Enfin, l'appareil plâtré, en raison de sa prise rapide, est bien plus recommandable que l'appareil silicaté dont la dessiccation demande souvent 24 heures, quelquefois plus, pendant lesquelles la déviation risque de se reproduire. Nous dirons toutefois que, dans certaines contrées, on continue à donner la préférence à l'appareil silicaté; c'est ainsi que nous avons lu une monographie de M. le professeur *Ollier* de Lyon, recommandant l'usage du silicate de potasse. Il est vrai que l'auteur conseille de recouvrir l'appareil silicaté d'un appareil plâtré que l'on enlèvera à quelques jours d'intervalle, lorsque l'on aura la certitude que le silicate est bien pris au-dessous. Nous ne voyons aucun avantage à appliquer dans la pratique la confection de ces appareils qu'il est si aisé de construire, en ayant recours aux bandes de tarlatane frottées de plâtre.

OBSERVATION X (*Inédite*).

Coxalgie droite. — Ankylose apparente. — Déviation en haut et en arrière. — Correction de la déviation. — Abaissement du fémur. — Immobilisation. — Guérison.

Enfant B..., âgée de 13 ans. — Cette enfant est atteinte de coxalgie et l'apparition de cette maladie s'est faite après une chute très violente sur la hanche droite. On ne note rien de particulier chez les ascendants; le père et la mère sont en bonne santé. On ne note aucun cas de tuberculose dans la famille. Elle a deux frères qui sont en très bonne santé. Immédiatement après cette chute, l'enfant a commencé à accuser des douleurs sourdes dans le genou, douleurs dont on exagérait l'intensité en faisant une pression de bas en haut sur le genou ou sur la plante du pied.

Le mouvement d'abduction devint bientôt très limité. A quelques jours de là, des phénomènes survinrent du côté de l'œil droit; l'enfant est atteint de photophobie; une suppuration assez abondante se produit dans l'œil et l'énucléation de cet organe se fait spontanément par une fente purulente. Du côté de la hanche, les accidents marchent avec une certaine lenteur. On immobilise l'enfant dans une gouttière de *Bonnet*, mais la fillette est très indocile et la fixation est illusoire; aussi après 18 mois de séjour dans cet appareil, on voit que le membre inférieur droit est très notablement raccourci. La région de la fesse est volumineuse.

Au contraire, à partir de la moitié inférieure du fémur, les muscles sont amaigris, la jambe a notablement diminué de volume et le pied se développe moins vite que son congénère. La maladie a débuté à l'âge de 4 ans. Aujourd'hui le raccourcissement est extrêmement considérable pour plusieurs motifs: Le premier consiste dans une flexion anormale de la cuisse sur le bassin avec ascension considérable du grand trochantère du côté de la fosse iliaque externe. De plus, le genou reste presque constamment fléchi sur la cuisse et dans la station debout, la malade ne reposant que sur le pied gauche, a pris l'habitude d'enrouler le pied et la jambe droite autour du membre inférieur gauche. Il n'existe point trace d'abcès, ni de fistule.

Cette enfant très bien développée pour le reste, a besoin d'être mise dans une attitude meilleure, et il est important de tenter sous le chloroforme la réduction en bonne direction. Tandis qu'à l'état de veille, l'articulation de la hanche semble complètement fixée, on trouve que pendant la résolution chloroformique, il n'existe qu'une ankylose fibreuse relativement lâche. Cela prouve bien que la contracture musculaire donne l'illusion d'une fixation plus complète que celle qui existait en réalité. Par des tractions douces, lentes, continues, on arrive non seulement à corriger la flexion de la cuisse sur le bassin, mais à abaisser l'extrémité

supérieure du fémur et à la placer en regard de la cavité cotyloïde.

La jambe peut être allongée et mise avec la plus grande facilité en attitude droite. La malade est immédiatement placée sur un pelvi-support et on lui construit un grand plâtre entourant complètement le membre inférieur malade et remontant jusqu'aux seins.

Aucune réaction ne s'est produite; la malade a parfaitement supporté son plâtre et au bout de deux mois on a trouvé une excellente direction du membre inférieur; mais ce laps de temps étant absolument insuffisant pour que l'ankylose, nécessaire en pareil cas, se soit produite, on a recours à une nouvelle immobilisation dans le plâtre. Au renouvellement de l'appareil le raccourcissement du membre malade était de 5 centimètres.

La malade a été immobilisée de la sorte pendant un an, mais à partir du sixième mois, on a permis l'exercice de la marche en complétant l'appui par l'usage des béquilles.

Au bout d'un an, on supprime l'appareil plâtré, on a recours à une attelle métallique postérieure, dont l'application est analogue à celle qui a été imaginée par *Thomas*.

OBSERVATION XI

Coxalgie droite avec fistule. — Aggravation après une rougeole. — Ankylose en mauvaise attitude. — Injections de Tuberculine TR. — Amélioration de l'état local. — Redressement sous le chloroforme. — Immobilisation. — Guérison. — Clichés photographiques.

L'enfant C...n, photogravure. Enfant Caron de profil et dévié. Ce petit enfant est venu au monde à terme. La mère est bien portante, son père est mort de tuberculose pulmonaire, il y a 3 ans. Le petit malade a été conduit à la campagne quelques jours après

sa naissance. Il a été élevé au sein; il a marché à 11 mois et jusqu'à cette époque rien ne faisait prévoir l'hérédité de la tuberculose. Il reste à la campagne jusqu'à l'âge de 3 ans. Un an après son retour il a la coqueluche. A 5 ans il a une rougeole très bénigne; peu après il fait une chute en revenant de l'école : il tombe les jambes écartées et cesse de marcher; bientôt on est obligé de le conduire à la consultation des enfants malades où, sur l'avis du docteur Saint-Germain, il reçoit le conseil de rester dans une gouttière en osier de Bonnet, et dans le décubitus dorsal. Ce conseil est mal suivi; après une très courte immobilisation, on permet à l'enfant de marcher; cependant à cette époque il existait encore une flexion continuelle de la cuisse sur le bassin et l'enfant était très inhabile à la marche. Peu à peu cette flexion s'exagéra, la raideur de la hanche augmenta; néanmoins on persista à laisser le petit malade libre de se tenir comme il lui plaisait. On conseilla de l'envoyer à la campagne et de préférence à la mer. Mais des accidents nouveaux survinrent, un gonflement se produisit au pourtour de l'articulation malade et l'enfant fut conduit à l'hôpital Trousseau. On l'examina dans le service du docteur *Lannelongue*, et on recommanda expressément le repos au lit et l'extension continue. L'enfant fut soumis à ce traitement; néanmoins un abcès se collecta et le retour en bonne attitude ne s'opéra point sous l'influence de l'extension pratiquée avec un poids de 3 kgs.

L'abcès fut ponctionné par un interne du service, puis injecté avec l'éther iodoformé. Trois ponctions furent pratiquées à des intervalles de 15 jours à 3 semaines; la dernière fut suivie de drainage.

Malgré les soins pris, une fistule s'établit et on en voit encore aujourd'hui la place un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure.

L'état de l'enfant étant devenu peu satisfaisant, l'interne qui

avait assumé la direction du traitement, conseilla d'emmener au plus tôt l'enfant à la mer.

On le conduisit sur les côtes normandes, et là, il resta une grande année, reprenant des forces, ayant toute l'apparence de la santé, mais n'en conservant pas moins un membre inférieur droit en attitude vicieuse et une fistule à écoulement variable.

Au commencement d'octobre 1897, le petit malade contracta la rougeole, cette affection fut assez sévère; elle se compliqua de bronchite et on voit l'écoulement par la fistule se produire plus abondamment que jamais. C'est ainsi que l'enfant revint à Paris le 31 octobre 1897.

Appelé à lui donner ses soins, le 2 novembre, le docteur Bilhaut constata une coxalgie droite avec cuisse en attitude vicieuse, fistule en suppuration active, amaigrissement notable du membre inférieur et marche avec claudication très basse. Le premier conseil donné aux parents fut de maintenir l'enfant au repos absolu au lit dans le décubitus dorsal et d'attendre la desquamation complète due à la rougeole. L'enfant fut soumis à une médication tonique : quinquina, alcool, phosphate de chaux.

15 décembre 1897. L'état est bon, mais la suppuration par la fistule reste toujours abondante, et il est procédé à un curetage qui donne issue à de nombreuses fongosités. L'écoulement diminue sensiblement après cette intervention. A partir du 5 janvier 1898, le petit malade, dans un état stationnaire, est soumis aux injections à doses croissantes de Tuberculine T. R., d'après les indications suivantes :

Observations des injections de Tuberculine.

5 janvier 1898. On pratique une injection 1/500 de milligr. de T. R., on inocule aux cobayes des fongosités retirées du trajet fistuleux.

7 janvier. 2/500 de milligr. Rien de particulier, Etat général bon.

10 janvier. 4/500 de milligr. Un peu de diarrhée après chaque piqûre. Mais état général excellent. Poids : 22 kgs., 200 gr. La fistule aurait coulé davantage.

12 janvier. La diarrhée a cessé, l'état général est bon, 5/500 de milligr.

14 janvier. L'état général très bon. Moins de suppuration. 7/500 de milligr.

17 janvier. Etat général excellent. 1 centim. cube.

19 janvier. Etat général excellent. 1 centim. cube 1/2. Moins de suppuration.

21 janvier. Etat général excellent ; il s'est notablement amélioré depuis le commencement du traitement. 2 c. c. sont injectés.

24 janvier. Peu de douleur après la piqûre, 3 c. c.

26 janvier. On injecte 5 c. c., soit 0,1 milligr. de Tuberculine.

28 janvier. Etat général très bon, 1 c. c., soit 0,002 milligr. de Tuberculine.

31 janvier. Pas de réaction, 2 c. c., soit 0,4 milligr.

2 février. Pas de réaction, 3 c. c., soit 0,6 milligr.

4 février. Pas de réaction, 4 c. c., soit 0,8 milligr. L'écoulement a un peu diminué.

7 février. 4 c. c. 5.

9 février. L'enfant va bien ; il a augmenté de 7 k. 750 grammes depuis le commencement du traitement. La sécrétion a diminué. On injecte 5 c. c. ou 1 centigr.

11 février. 7 c. c. 1/2.

14 février. La sécrétion a disparu. Il reste un bourgeon charnu en voie de disparition. La Tuberculine faisant défaut on n'injecte que 5 c. c.

16 février. L'écoulement est presque arrêté. Injection : 8 c. c.

18 février. 10 c. c. Ce matin pas d'écoulement. L'enfant n'a jamais eu de fièvre à la suite des inoculations.

21 février. 12 c. c. État général bon.

23 février. Un peu d'écoulement de pus épais ; 3 milligr. sont injectés.

25 février. 3 milligr. seulement (par suite du manque de Tuberculine).

28 février. Pas de fièvre. L'écoulement est presque tari.

2 mars. Même état. 3 milligr. 1/2. La fistule a donné un peu.

4 mars. 4 milligr.

7 mars. 4 milligr. 5.

11 mars. 5 milligr. La fistule est complètement oblitérée.

Une série de 20 malades atteints de tuberculose osseuse a été soumise aux injections hypodermiques de Tuberculine T. R. et ce jeune enfant est de ceux trop rares, chez qui ces inoculations ont été suivies d'un bon résultat.

La fistule se trouvant donc tarie, il est important de se rendre compte de la fixité de l'articulation coxo-fémorale, pour tenter une réduction en bonne direction ; c'est pourquoi, le 10 avril 1898, rendez-vous fut pris avec la famille pour examiner le petit malade sous le chloroforme et pour le soumettre aussi à l'épreuve radioscopique. Un mois s'est écoulé depuis la guérison de la fistule sans autre médication que ces injections de Tuberculine T. R.

L'enfant placé debout et faisant face à l'ampoule des rayons X, fut miré à l'écran et il ne fut pas possible de distinguer si la soudure était complète entre le fémur et la cavité cotyloïde. Dans les mouvements de flexion et d'extension que l'on produisit pendant cet examen, on ne put voir qu'un des mouvements de bascule du bassin ; le fémur entraînant l'os des îles. Une épreuve radiographique eut été nécessaire pour voir jusqu'à quel point l'ankylose était définitive.

Le petit patient fut soumis ensuite à l'anesthésie chloroformique et le docteur BILHAUT ne tarda pas à se convaincre que la raideur articulaire était due non à une ankylose osseuse, mais à

la fois à la rétraction des tissus fibreux entourant l'articulation et à la contracture des muscles de qui est règle en pareil cas.

En procédant avec douceur, il fut aisé de placer le fémur en bonne attitude et on constata avec satisfaction, l'égalité de longueur des membres abdominaux. Le petit malade fut placé sur un pelvi-support et immobilisé dans une attitude d'extension normale combinée avec une légère abduction; au niveau de l'orifice de la fistule fermée, on plaça deux petits tampons de gaze aseptique dont on repéra la position, afin que l'on put, en cas de besoin, les utiliser pour renouveler le pansement, au cas ou un écoulement viendrait à se produire. On aurait la certitude d'une nouvelle poussée du côté de la fistule, soit par la production d'une mauvaise odeur, très caractéristique d'ailleurs, soit par la contamination du plâtre.

L'enfant fut ainsi immobilisé à l'aide d'un plâtre entourant tout le membre inférieur droit; le membre inférieur gauche, de la cuisse jusqu'au genou, et remontant, du côté du thorax, jusqu'au niveau des mamelons.

Les suites de cette intervention furent aussi simples que possible; aucun phénomène inquiétant ne se produisit : ni douleur, ni élévation de température, ni ralentissement des forces vitales. Le petit malade resta dans son appareil jusqu'au 2 juin 1898. Ce jour-là, l'appareil fut coupé autant par curiosité clinique que pour assurer des soins hygiéniques et pour permettre notamment d'administrer à l'enfant un grand bain de propreté. Les tampons de gaze aseptique appliqués au niveau de l'orifice de l'ancienne fistule sont aussi propres que le jour de leur application; aucun écoulement ne s'est produit. La région n'offre trace d'aucun empâtement. Les manœuvres produites pour assurer le retour à la bonne position n'ont donc déterminé aucune réaction inflammatoire dans l'intérieur de l'articulation coxo-fémorale. Il est bon de rappeler que ces manœuvres ont été faites avec toute la prudence et toute la douceur voulues. Les surfaces articulaires



Enfant C.. n. Coxalgie droite en attitude vicieuse. Flexion de la cuisse sur le bassin. Equinisme, fistule à la partie interne de la cuisse. Photographie du malade avant le redressement.

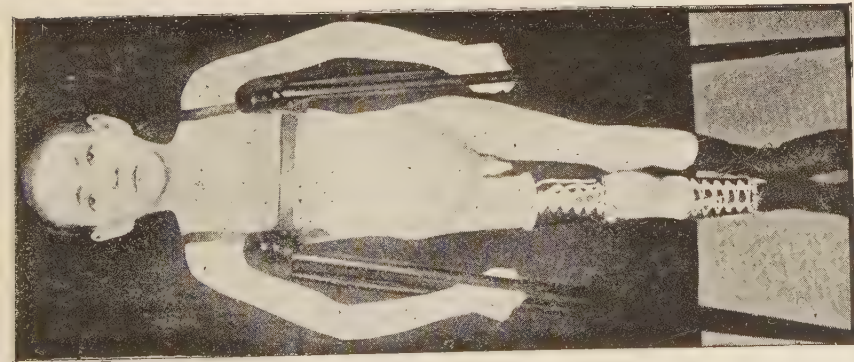


Fig. 2. — Enfant C... n. Appareil à attelle postérieure ou de Thomas. La fixation de l'attelle se fait au moyen d'une ceinture thoracique, d'une ceinture abdominale, et d'embrasses lacées s'appliquant à la cuisse et à la jambe. Deux bractées complètent l'appareil.

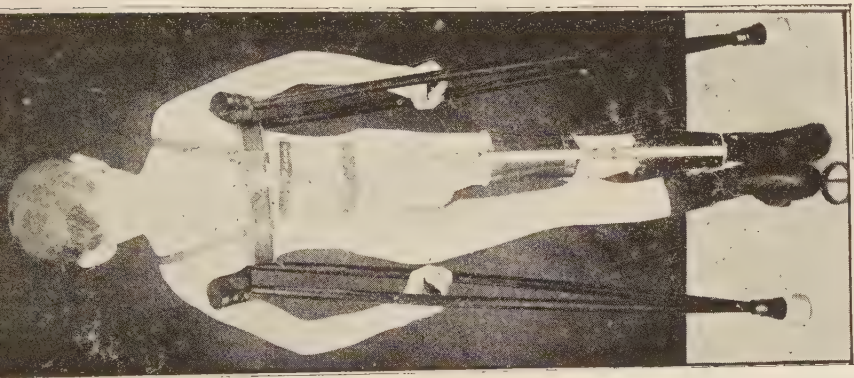


Fig. 3. — Enfant C... n. Appareil à attelle postérieure ou de Thomas. Le membre inférieur gauche, non malade, repose sur un patin haut de 40 centimètres. Pendant la marche l'appui se fait sur ce pied et sur les brâquilles. Le pied malade reste élevé.



Fig. 4. — Enfant C... n. Photographie prise après retressement de la hanche droite, le jour de la sortie du second appareil plâtré. L'enfant est resté couché pendant trois mois ; un aide le maintient sous les aisselles pour faciliter l'immobilisation pendant la pose.

se sont parfaitement maintenues en contact : il est d'ailleurs facile d'en juger par l'examen des deux photographies prises : l'une avant toute intervention, et l'autre le jour même où a été sanctionné l'appareil. Le malade marche maintenant avec un appareil spécial et en s'appuyant sur deux béquilles.



FIG. IV.



FIG. V.

Ce qui ressort de cette observation c'est que, en pareille circonstance, il ne faut pas trop se hâter de conclure à la nécessité d'une intervention sur le squelette, telle que l'ostéotomie sous-trochantérienne, par

exemple, que certains auteurs préfèrent à ce qu'ils appellent le redressement brusque. On doit toujours essayer ce que peut donner la correction manuelle de préférence sous le chloroforme. En procédant avec lenteur, sans brusquerie, mais aussi avec quelque ténacité, on arrive parfois à se convaincre que certaines ankyloses en apparence ossifiées, ont encore un degré de laxité suffisante pour revenir à la direction normale. Cette manière de faire, déjà très recommandée dans la pratique, avant la découverte de la radioscopie, n'a rien perdu de sa valeur depuis, puisque, ainsi que nous l'avons vu au cours de cette observation, la radioscopie n'a pas permis, en raison de la contracture musculaire, de se rendre compte de la mobilité existant encore dans l'articulation malade. Nous savons de même, par expérience, que la radiographie de la région de la hanche chez des sujets atteints de tuberculose, est tout particulièrement difficile, en raison de la transparence plus grande des os, transparence que faisaient prévoir les données cliniques, car on sait depuis longtemps, que dans un membre, les parties osseuses situées au-dessous d'une lésion tuberculeuse sont toujours plus molles que dans l'état normal.

Cette observation est particulièrement intéressante, en ce sens que certaines ankyloses ne sont pas aussi soudées qu'on le supposerait *à priori*. De là la nécessité de l'examen qui a été pratiqué.

OBSERVATION XII

Coxalgie gauche. — Attitude vicieuse. — Fistule. — Ankylose par contracture. — Anesthésie. — Premier appareil plâtré : réduction en bonne attitude incomplète. — Deuxième appareil plâtré : réduction complète par manœuvres progressives et douces. — Guérison. — Clichés d'après des photographies indiquant l'attitude du malade avant et après le redressement.

FIG. VI. — M...n. Coxalgie gauche en attitude vicieuse, d'après une photographie du malade quand il n'a pas d'appui sur sa canne.

Le nommé M... est âgé de 18 ans et il est atteint de coxalgie depuis l'âge de 11 ans. Son père a succombé à la tuberculose pulmonaire. Cet enfant, élevé dans le besoin, a mal été soigné ; vers l'âge de 14 ans sont apparus des abcès : l'un à la partie postérieure de la fesse, l'autre à la partie interne de la cuisse. Après avoir donné longtemps, ce second trajet fistuleux s'est oblitéré spontanément. Au contraire, le postérieur, situé en arrière de la fesse, au-dessus du grand trochanter, donne toujours lieu à une suppuration abondante. Mais ce qui est particulièrement remarquable chez ce malade, c'est la mauvaise attitude prise par le membre inférieur. En effet, celui-ci est fléchi à angle aigu sur le bassin ; la jambe est fléchie sur la cuisse et, comme pour compenser cet état, le pied est étendu sur la jambe. En dehors de cet accident de coxalgie, le malade a été atteint d'une ophthalmie purulente et a perdu l'œil gauche. Le malade est représenté dans les clichés ci-annexés dans les positions diverses prises soit dans la station debout, soit pendant la marche.

FIG. VII. — M...n. Coxalgie gauche. Tenue du malade quand il est debout et appuyé sur sa canne.

FIG. VIII. — M...n. Coxalgie gauche en attitude vicieuse,



FIG. VI.



FIG. VII.



FIG. VIII.



FIG. IX.



Fig. A.

d'après une photographie. On voit que le malade ne peut se tenir debout sans chercher un point d'appui extérieur.

FIG. IX. — M...n. Coxalgie gauche en attitude vicieuse. Ce cliché indique la direction du fémur par rapport au bassin.

Il semble que la hanche soit ankylosée en cette mauvaise attitude et la question qui se pose est celle de savoir s'il ne vaut pas mieux recourir à une résection qu'à tout autre procédé. Avec une résection, en effet, on peut courir la chance, non seulement de ramener le membre en bonne attitude, mais encore de guérir le mal dont les désordres osseux ont dû être très profonds. La flexion de la cuisse sur le bassin est telle qu'il ne semble pas qu'on puisse arriver à rendre au membre inférieur une bonne direction et, en outre, la présence d'une fistule à suppuration abondante n'est pas de nature à encourager à recourir à ce procédé. Il est bon cependant de voir si sous le chloroforme il ne sera pas possible de gagner suffisamment. L'idée d'une ostéotomie sous-trochantérienne doit être rejetée parce qu'après une maladie d'aussi longue évolution, on peut se demander si le fémur n'est pas malade dans une étendue trop grande pour pouvoir espérer la formation d'un cal solide après la fracture déterminée par l'ostéotomie. L'ostéoclasie risque dans ces conditions de ne pas porter au siège où sont les désordres et on doit adresser à cette intervention les mêmes reproches qu'à l'ostéotomie. Le malade ne voulant pas de prime abord se décider à une résection, une tentative de réduction sous le chloroforme est faite le 00 mars 1897, et on est tout étonné de voir que pendant la cuisse s'allonge, qu'il n'existe pas d'ankylose osseuse et que la tête fémorale n'a même pas quitté la cavité cotyloïde. Le seul obstacle à la réduction complète provient de la rétraction de la peau de la partie antérieure de la cuisse, et on voit que sous l'influence d'une traction continue, elle a tendance à se craqueler, particulièrement au niveau du pli de l'aîne. Pour éviter que des désordres ne se

produisent du côté des téguments, la réduction, bien qu'imparfaite encore, est maintenue à l'aide de l'application d'un grand appareil plâtré. Avant que la dessiccation ne soit complète, on pratique une fenêtre à l'endroit où siège l'orifice de la fistule. Cela permettra de revoueler le pansement suivant les besoins et d'assurer ainsi la propreté nécessaire au voisinage de la fistule. Les suites opératoires furent aussi satisfaisantes que possible ; la fistule donna moins de suppuration de l'aveu des parents du malade. Au bout de deux mois, l'appareil est enlevé et on voit que le membre inférieur gauche a conservé la direction qui a été acquise au moment des manœuvres de redressement. La peau est beaucoup moins tendue au niveau de l'aîne et on voit qu'il est possible d'augmenter encore le retour à la bonne direction droite. Le malade est remplacé de nouveau sur le pelvi-support et le deuxième appareil appliqué à l'état de veille permet de rendre au membre inférieur la direction qu'il doit avoir normalement dans une coxalgie soignée convenablement.

Au bout de six mois, le malade reçoit un appareil de Thomas, marche avec des béquilles et, aujourd'hui, le membre maintenu toujours en bonne direction semble bien tenir au niveau de la hanche.

FIG. X. — M...n. Coxalgie gauche. Malade de profil après redressement et pendant la fixation dans le plâtre, d'après une photographie.

On redoute, en général, et non sans raison, de procéder à des manœuvres de redressement chez les sujets qui sont atteints de fistules en activité au cours d'une ostéo-arthrite tuberculeuse en mauvaise attitude. Nous ne saurions dire si le bon résultat obtenu ici est dû à la douceur avec laquelle il a été procédé pour

obtenir la réduction, ou s'il faut rattacher ce même résultat à l'amélioration survenue spontanément du côté du fémur et rendue probable par la guérison spontanée de la fistule qui siégeait à la partie interne de la cuisse.

Toujours est-il que chez ce malade comme chez la plupart de ceux qui ont été soumis aux manœuvres de redressement et dont nous donnons les observations au cours de ce travail, nous n'avons pas eu la confirmation de la gravité du redressement tant de fois signalée par nos auteurs. Il est vrai qu'on parle toujours de redressement brusque et que dans ces conditions, le chirurgien non prévenu, procède souvent sans ménagement : il semble qu'il ait hâte d'obtenir le retour à la position normale et ne ménage pas sa force pour atteindre son but. De là des craquements énormes dans l'intérieur ou au voisinage de l'articulation ; de là aussi des hémorrhagies, des ruptures d'esquilles, en somme un véritable traumatisme dont les conséquences ne peuvent au juste être calculées.

Au contraire, en procédant doucement, on évite ces grands fracas et on doit avec un peu d'attention atteindre le but proposé, c'est-à-dire le retour à la bonne direction avec une somme de risques infiniment moindres.

Dans certains cas, il est à prévoir cependant que les fistules pourront donner naissance à un écoulement plus abondant : que les phénomènes réactionnels pourront survenir et nécessiter une intervention chirurgicale telle que la résection, par exemple.

Il est donc nécessaire de prévenir la famille du malade et le malade lui-même des accidents qui peuvent survenir et auxquels on pourrait facilement remédier en s'en occupant sans retard.

CHAPITRE IV

Complications de la Coxalgie en rapport direct ou non avec l'évolution du mal ou avec le traitement.

On admet généralement que les affections tuberculeuses quelqu'en soit le siège, peuvent être le point de départ d'accidents analogues, se généralisant dans l'économie ; c'est là une notion parfaitement établie et contrôlée par de nombreux faits cliniques. Il est hors de doute que chez certains malades atteints de coxalgie, abandonnés à eux-mêmes ou soignés avec la plus grande circonspection, soumis à un traitement aussi régulier que possible, on peut voir des complications soit pulmonaires soit méningitiques. Il n'est pas rare non plus de voir se créer d'autres foyers de la tuberculose à côté du foyer initial.

Il n'est pas rare non plus de voir ces complications survenir longtemps après la terminaison apparente de la maladie primitive.

Ces conditions sont particulièrement défavorables aux sujets atteints de coxalgie, parce que dans cette affection, les désordres siégeant dans une articulation

plus vaste que toutes les autres, soumise aux mouvements, aux déplacements occasionnés par toutes les pesées du corps pendant la marche, il y a dans les conditions particulières faites à cette articulation une prédisposition au traumatisme si favorable au réveil de la tuberculose, même quand elle est en apparence éteinte. Il était donc naturel que certains cliniciens en soient venus à redouter tout spécialement les manœuvres de redressement nécessaires quelquefois dans le traitement de la coxalgie. Leurs appréhensions sont très respectables et il est absolument prouvé que, dans certains cas, des inoculations tuberculeuses se sont faites à distance et trop tôt après les manœuvres de redressement pour que celles-ci ne soient pas justement incriminées. Nous avons déjà fait allusion, au cours de notre étude, à la méthode connue sous le nom de redressement brusque et dont la technique remonte à *Bonnet*, de Lyon. Nous avons indiqué avec quelle douceur il fallait intervenir dans les manœuvres de redressement.

On pourra ainsi diminuer considérablement le traumatisme opératoire et c'est bien là une condition extraordinairement favorable pour le succès. D'ailleurs, il faut ajouter que tous les chirurgiens n'ont pas au même degré le souci de réveiller la diathèse tuberculeuse, en ayant recours au procédé de redressement pendant l'anesthésie chloroformique. A ce sujet, il est intéressant de lire les conclusions qui résultent d'une discussion soulevée il y a trois ans au Congrès de l'Association belge de chirurgie. Les différents auteurs furent

appelés à donner leurs avis sur la généralisation de la tuberculose à la suite des interventions sur la tuberculose locale : « Curetage d'abcès, évidemment des foyers osseux, redressement de membres déviés par suite d'ostéo-arthrites tuberculeuses. »

On admit que les faits de généralisation n'étaient pas plus nombreux dans un cas que dans l'autre. Que l'on intervienne activement ou que l'on se borne à un traitement palliatif, les résultats sont sensiblement les mêmes et quelques cliniciens ont même conclu en disant que les exemples de généralisation étaient plus nombreux dans les cas d'abstention.

Il faut donc en conclure que sans méconnaître la possibilité d'une généralisation tuberculeuse à la suite d'un traitement actif ou chirurgical, il ne faut pas que cette crainte place le chirurgien dans l'impossibilité de songer à remettre en bonne position un membre dévié, ni à recourir à des manœuvres qui, nous le disons encore une fois, doivent être pratiquées avec infiniment de soin.

Il en est de même, à notre avis, des interventions qui ont pour but de préserver l'organisme en opérant un nettoyage aussi complet que possible du foyer malade.

OBSERVATION

Enfant D. — Coxalgie droite redressée le 11 juillet 1893.

Observation inédite.

Cet enfant a présenté, au début de sa maladie, c'est-à-dire vers l'âge de deux ans et demi, une lésion d'ostéo-arthrite tubercu-

leuse du cou-de-pied gauche; un abcès a été incisé, cureté; la lésion de l'astragale et du calcanéum a nécessité l'évidement de ces deux os. La lésion du pied a guéri dans un délai de trois mois.

Un an après apparaît une coxalgie de la hanche droite. L'enfant, habitant la province à cette époque, est amené à Paris au moment où la hanche est dans une attitude déviée : flexion et abduction. Le redressement est opéré à l'hôpital international par le docteur *Bilhaut*, le 11 juillet 1893.

Pendant près de deux ans, l'enfant est immobilisé dans des plâtres successifs et son membre inférieur reste en bonne attitude. En mars 1897, l'enfant semble guéri complètement de sa coxalgie; il n'a eu aucun abcès, il marche aisément, mais tout à coup apparaissent des phénomènes de méningite tuberculeuse auxquels il succombe au bout de trois semaines.

Cette observation est certainement probante; les actes chirurgicaux qui ont marqué les étapes de la tuberculose « pied gauche, hanche droite », ont été supportés avec la plus grande facilité, et, c'est au moment où le malade semble bien guéri de ses lésions osseuses, que la méningite apparaît.

C'est bien là un fait de généralisation spontanée et ne pouvant être incriminé en aucune manière au traitement chirurgical suivi.

OBSERVATION

B..., Maurice.

Cet enfant est atteint de coxalgie droite avec abcès et fistules multiples. Son état de santé est précaire et on voit que chaque

jour la suppuration abondante qui se produit l'affaiblit un peu plus. C'est un cas type où la résection de la hanche s'impose, sous peine de voir le malade mourir de cachexie. La résection est pratiquée le 12 juillet 1893. Des lésions portent à la fois sur la tête fémorale, le col et la cavité cotyloïde.

La guérison de la plaie opératoire est complète au bout de trois mois; les forces de l'enfant sont bien revenues, son état général s'est aussi bien reconstitué que possible; la marche est permise quatre mois après l'opération et le malade semble complètement guéri.

Trois ans après l'intervention, il est pris d'une broncho-pneumonie qui ne tarde pas à se compliquer d'accidents de méningite. Le malade succombe.

Ainsi qu'on le voit dans cette observation, les accidents graves qui ont amené la mort du malade, se produisent d'une façon trop tardive pour qu'on puisse les rattacher à l'intervention à laquelle il a été soumis.

OBSERVATION

G... est une jeune fille atteinte de coxalgie depuis l'âge de onze ans; immobilisée dans une gouttière de *Bonnet* pendant dix-huit mois, on lui a permis de se livrer à la marche; mais alors les abcès sont survenus; l'un a donné naissance à une fistule située en avant de la cuisse au niveau du triangle de Scarpa, les deux autres, à la fesse, en dedans et en dehors du grand trochanter.

La suppuration est abondante; le stylet indique que le fémur est dénudé dans une assez grande étendue. Dans le pus qui s'écoule, on voit des fongosités en assez grand nombre. L'état de la malade est déplorable et c'est encore un cas où la résection est nécessaire. Cette opération est pratiquée le 15 janvier 1891. Les

suites en sont favorables bien qu'il ait été nécessaire de pratiquer plusieurs curetages avant d'obtenir la cicatrisation complète.

Huit mois sont nécessaires pour obtenir un bon résultat. La malade marche avec des béquilles d'abord, puis avec une canne : les lésions qu'elle portait siégeaient du côté du fémur presque exclusivement. La cavité cotyloïde, envahie par des fongosités, ne présentait, pour ainsi dire, point de lésion osseuse. La malade était complètement guérie, marchant avec une certaine aisance, ayant repris une santé en apparence parfaite, quand, à la suite d'une grippe contractée en janvier 1896, c'est-à-dire cinq ans après l'intervention chirurgicale, on vit apparaître des phénomènes pulmonaires auxquels la malade succomba au bout de dix-huit mois.

On voit encore par cette observation que la généralisation tuberculeuse se produisant cinq ans après l'intervention chirurgicale, ne peut en aucune façon être rattachée à celle-ci. Nous pourrions multiplier les observations de ce genre ; nous croyons devoir limiter ici notre travail car d'autres faits, fussent-ils plus nombreux, ne prouveraient rien de plus que ces observations que nous considérons comme très concluantes.

CHAPITRE V

Les complications de la coxalgie liées à l'évolution même de la maladie se rattachent à deux ordres principaux de faits. Tandis que chez certains malades privilégiés on ne voit survenir aucune collection liquide, chez d'autres apparaissent soit un abcès, soit plusieurs abcès de volume variable.

Chez quelques malades, le mal semble se limiter aux parties voisines de l'articulation et n'entraîne qu'une perte de substance osseuse limitée et facilement réparable. Chez d'autres, on assiste à la marche plus ou moins envahissante d'un processus de destruction.

Ce sont ces faits que nous nous proposons d'étudier au point de vue de la thérapeutique qu'ils nécessitent et dans les trois chapitres suivants nous verrons :

- 1° Les abcès ;
- 2° La destruction osseuse justifiant un traitement chirurgical actif ;
- 3° L'ankylose osseuse ou attitude vicieuse.

§ 1. — *Abcès dans la coxalgie.*

Cette question est à l'heure actuelle une de celle sur laquelle il est le moins possible d'être bien fixé. Il n'existe certainement aucun doute sur l'étiologie de ces abcès : ils reconnaissent pour point de départ la lésion que nous trouvons dans tous les faits de coxalgie. Que le début ait eu lieu par les parties molles ou que le squelette ait été le premier envahi, peu importe. Les collections trouvées en pareil cas ont été décrites de tout temps sous le nom d'abcès froids : abcès par congestion, abcès symptomatiques, etc.

Leur évolution est généralement lente et on est porté à les différencier des abcès aigus, dus par exemple à l'osteomyélite, par la lenteur même de leur évolution.

Il est en effet tout à fait exceptionnel qu'un abcès de coxalgie évolue rapidement ; cela ne veut pas dire que la collection ne puisse se faire dans un délai relativement court. Nous voyons, en effet, chez certains malades soumis à l'immobilisation, un abcès apparaître entre deux renouvellements d'appareil distants seulement de quelques semaines l'un de l'autre. L'abcès dans ce cas a donc un développement assez rapide ; mais ce qui est la caractéristique des abcès froids, c'est plutôt le plus de tendance qu'ils ont à s'enflammer et à s'ouvrir spontanément, surtout si on les compare aux abcès chauds. Dès qu'une collection se produit, un problème se pose : doit-on intervenir ? doit-on attendre ? est-il une médication particulièrement recommandable pour obtenir la guérison ? donnera-t-on la préfé-

rence à l'incision ou à la ponction exploratrice suivie ou non d'injections modificatrices ?

Je crois que tous les auteurs sont d'accord pour ne pas se hâter en pareil cas ; c'est du moins ce que l'on nous enseigne couramment. Nous avons vu des abcès froids disparaître spontanément sans aucun autre dommage pour l'organisme. Notre rôle n'est pas d'expliquer cette innocuité, cependant on nous permettra de supposer que les produits antiseptiques renfermés dans la collection peuvent être éliminés par l'organisme sans que celui-ci soit infecté.

On nous permettra aussi de rappeler que le liquide des abcès froids est souvent exempt de germes de la tuberculose et que les analyses pratiquées pour les trouver n'ont généralement donné que des résultats négatifs.

Enfin, pour se convaincre que les bacilles tuberculeux introuvables pouvaient néanmoins y exister, on a pratiqué des inoculations aux cobayes avec le liquide puisé dans les abcès froids et on a constaté l'éclosion de la tuberculose chez les animaux soumis à l'inoculation. Le bacille fut-il résorbé en même temps que l'abcès, l'organisme possède des moyens de défense qui pourraient terminer la lutte à son avantage.

Les phénomènes de la phagocytose sont maintenant bien connus et ils nous expliquent comment l'organisme peut se débarrasser des microbes pathogènes et aussi comment la résorption des produits des abcès peut être inoffensive.

Nous conseillons l'abstention dans les cas où l'abcès froid n'est pas d'un volume très considérable, qu'il ne menace pas de s'ouvrir du côté de la peau et qu'il n'augmente pas sensiblement de volume. Dans le cas contraire seulement, il y a lieu d'intervenir, mais ici nous nous trouvons en présence de difficultés d'un ordre spécial et en nous en tenant aux données le plus généralement admises, nous aurons le choix entre la ponction et l'incision.

Certains auteurs donnent la préférence à l'incision large parce que, disent-ils, avec la ponction, il est difficile de donner issue aux grumeaux qui existent couramment dans ces sortes de collections; le trocart aspirateur, même quand il est d'un volume relativement considérable, ne permet pas de faire disparaître la membrane pyogénique à laquelle M. le professeur *Lannelongue* donne si judicieusement le nom de membrane tuberculogène.

Ces objections sont relativement exactes.

Si dans certains cas, il est vrai, l'évacuation ne se fait pas aisément, dans d'autres, l'écoulement se produit avec grande facilité. Si la membrane pyogénique n'a pu être enlevée, l'organisme peut s'en débarrasser sur place. D'autre part, nous avons vu que l'incision large permettant d'enlever cette membrane, de nettoyer aussi complètement que possible les parties molles qu'elle semble avoir disséquées, ne donne pas cependant toute satisfaction.

Il existe toujours des diverticules et il est bien difficile de faire œuvre complète. On ne parvient pas à

nettoyer tout le foyer jusqu'au point de départ osseux, inclusivement. Or, si on veut bien réfléchir à la difficulté qui peut se présenter, suivant le siège même des abcès, on comprendra que la méthode de l'incision n'est pas plus efficace, plus radicale que les autres procédés.

Que d'emblée on ait fait, en procédant ainsi, besogne plus complète, c'est certain ; il ne suffit pas d'avoir pu vider à fond la collection, il est peu important que la membrane pyogénique ait été détruite dans sa plus grande étendue ; pour avoir la guérison, il faut la suppression de la cause du mal, c'est-à-dire de la lésion osseuse.

Prenons, par exemple, un abcès sous-musculaire, situé à la partie inférieure de la cuisse et symptomatique d'une coxalgie ; admettons que la lésion siège sur la tête du fémur ; que suivant l'usage, il existe des fongosités dans la cavité cotyloïde, en avant et en arrière du col. Comment sera-t-il possible, à l'aide d'une incision, si large soit-elle, de tarir la source de la suppuration tuberculeuse, en portant l'action chirurgicale au point voulu ?

Il n'est donc pas rare de voir que les abcès tuberculeux traités par l'incision ne guérissent pas dans un délai bien court. Nous avons vu des malades dont l'observation prouve, qu'à la suite de l'incision une fistule a persisté ; qu'il a fallu y revenir à différentes reprises, pour obtenir un résultat définitif et souvent même que le but final n'a été atteint qu'après une intervention bien plus large, une résection par exemple.

Si cette méthode ne comptait que des succès, il faudrait universellement l'abandonner; mais à côté des faits, où elle s'est montrée en somme impuissante, il en est d'autres suffisamment nombreux pour légitimer son utilité.

Il y a quelques années, lorsque la pratique de l'iodoforme fut devenue d'un usage courant en chirurgie antiseptique, on proposa de combattre ces abcès, non seulement par la ponction et par les injections iodées, modificatrices comme celles qui avaient été conseillées au début de ce siècle, mais par des injections dans lesquelles l'iodoforme se trouvait répandu à la surface interne du foyer purulent. Pour cela on eut recours à l'éther iodoformé et dans notre pays le nom de *Verneuil* restera attaché à la pratique des injections d'éther iodoformé. Voici quelle est la technique à suivre en pareil cas. L'abcès froid est ponctionné avec le plus gros trocart d'un appareil aspirateur; lorsque l'évacuation est aussi complète que possible, on fait pénétrer dans la poche une quantité d'éther iodoformé suffisante pour distendre de nouveau les parois et leur rendre un volume égal à celui qui existait avant la ponction. On sait que l'éther se volatilise facilement et qu'après l'évaporation il laisse des particules d'iodoforme qu'il tenait à l'état de dissolution. De cette manière toute la surface de l'abcès, même dans ses diverticules les moins abordables, se trouvent en quelque sorte saupoudrée d'iodoforme. C'est un pansement interne antiseptique, modificateur, dont on a pu fréquemment constater les avantages.

Il est rare qu'il soit nécessaire d'injecter plus de 40 grammes d'éther à 10 % d'iodoforme. Il est bon de ne pas retirer immédiatement le trocart après l'injection. On voit de la sorte l'évaporation de ce liquide chasser un certain nombre de fausses membranes, on évite de la sorte la tension trop considérable de la poche.

Après quelque temps on retire le trocart et on se borne à oblitérer les points de la ponction avec une couche suffisante de collodion.

Nous avons pu constater que la ponction aspiratrice ne permettait pas toujours de faciliter aussi bien l'écoulement du pus que la simple ponction avec un gros trocart, et nous rappelons pour mémoire un procédé que nous avons vu employer par le docteur *Bilhaut*. L'abcès froid est ponctionné à sa partie la plus déclive par un gros trocart. Au pôle opposé, un second trocart, de fin calibre est enfoncé et la pointe de ce second appareil doit arriver à toucher la pointe du premier. Le poinçon du gros trocart est retiré; le liquide s'écoule, on vide la poche aussi complètement que possible. Cela fait, on retire la gaine du trocart, on ferme avec du collodion.

Avec le fin trocart, on injecte la quantité d'éther iodoformé. On permet aux premières vapeurs de faire issue au dehors, et, dès que le volume de la poche commence à se rapprocher de celui qui existait avant l'intervention. on retire le second trocart et on oblitère avec du collodion.

Il est inutile d'ajouter que toutes les précautions

aseptiques doivent être prises avant la ponction et au cours de l'intervention. Si dans quelques cas l'écoulement par le gros trocart se fait difficilement, par suite de son oblitération par les fausses membranes, il est alors facile d'utiliser la présence du trocart fin, et, en injectant dans l'intérieur de la plaie une quantité d'eau stérilisée ou chargée d'antiseptiques faibles, on procède à un nombre suffisant de lavages pour obtenir non seulement l'évacuation, mais un véritable nettoyage de la poche. Il est procédé ensuite à l'injection de l'éther iodoformé.

On a conseillé de recourir aux injections modificatrices avec le naphthol camphré ou avec l'huile ou la glycérine chargée d'iodoforme.

Ces procédés ne valent pas mieux que les injections d'éther iodoformé; ces derniers sont autrement simples et, dans certains cas, leur efficacité a été telle qu'elle constitue un des moyens les plus recommandables.

Nous nous demandons s'il n'est pas possible de tenir un juste milieu, et si, nous trouvant en présence d'un cas d'abcès nécessitant l'évacuation, il ne semble pas préférable de donner la place à l'injection d'éther iodoformé, quitte à en venir, en cas d'insuccès, à l'incision large. Nous pourrions de la sorte et en procédant avec toute la rigueur de l'aseptie, stériliser en partie la région malade. On serait en meilleures conditions pour obtenir un bon résultat, au cas où la suppuration de l'abcès, l'imminence d'une poussée inflammatoire légitimerait une intervention active.

Pour nous résumer, nous croyons qu'en cas d'abcès froids, survenant au cours d'une coxalgie, il faut d'abord s'abstenir de toute intervention et plus que jamais tenir le malade au repos et on le fera échapper ainsi à toutes les causes qui peuvent occasionner le développement de l'abcès.

L'extension continue peut être en pareil cas un moyen excellent en ce sens qu'elle doit, ainsi que l'a indiqué M. le professeur *Lannelongue*, exercer une véritable compression sur la poche et en hâter la résolution.

Si le malade est immobilisé dans un grand appareil plâtré, il sera prudent de laisser une fenêtre au niveau de l'abcès; on pourra ainsi voir si une augmentation de volume se produit.

L'étude de la température peut, dans certains cas, indiquer l'inflammation de la poche. Le développement certain de l'abcès, la menace de le voir s'ouvrir spontanément, mettront dans la nécessité d'évacuer le contenu de la poche; mais nous conseillons de ne pas recourir seulement à la ponction; on la complètera par l'injection d'une substance modificatrice antiseptique, et nous donnons la préférence en pareil cas à l'injection d'éther iodoformé.

Dans les cas seulement où les ponctions suivies d'injections n'ont pas donné des résultats attendus, il sera bon de recourir à l'incision large suivie d'un nettoyage complet de la poche à la curette tranchante. On pourra modifier en outre, soit à l'aide de badigeonnages de solution phéniquée forte, suivies d'un nettoyage avec la solution de chlorure de zinc à 10 %. On fermera en

partie les lèvres de la plaie avec une suture à points séparés aux crins de Florence, et on laissera à l'endroit jugé le plus convenable un orifice pour l'écoulement ultérieur du liquide et pour l'application d'un drainage, soit avec le tube de caoutchouc, soit avec les mèches de gaze antiseptique.

§ II. — *Complications de la coxalgie en rapport avec l'évolution de la maladie. — Vaste destruction osseuse.*

On peut se demander comment il arrive que certains malades atteints de coxalgie voient leur mal s'aggraver sans cesse, en dépit de tout traitement et même avec l'application des moyens les plus rationnels à utiliser en pareil cas. Peut-on supposer que chez certains sujets la purulence du microbe est plus considérable que chez d'autres ? Ne doit-on pas redouter que, plusieurs points étant envahis simultanément ou successivement dans le squelette qui compose l'articulation coxo-fémorale ou dans les parties molles qui l'entourent, la lutte soit dans ces cas plus difficile pour l'organisme ? N'est-il pas aussi à redouter que, même avant la collection du foyer tuberculeux, il n'existe une association microbienne considérée aujourd'hui comme augmentant sensiblement la virulence des microbes en présence ? Ce sont des questions qu'il ne nous est pas donné de résoudre, mais en tous cas, un fait nous a particulièrement frappé, c'est l'impossibilité, même pour le chirurgien le plus osé, d'arriver à supprimer en totalité les germes de la tuberculose, aussi bien dans les os, que

dans les parties molles avoisinant la hanche frappée de coxalgie. Dans une récente discussion soulevée à la Société de Chirurgie, on a parlé de guérison intégrale du foyer tuberculeux. Cette opinion n'a pas prévalu ; il est, en effet, de la plus grande difficulté de procéder, au cours d'une résection aussi large que possible, au nettoyage de tous les diverticules tuberculeux. Et, arriverait-on à disséquer tous les tissus qui paraissent envahis, qu'il semblerait matériellement impossible de détruire le germe pathogène dans les vaisseaux lymphatiques où il se réfugie et dans les ganglions où il semble faire des relais. Nous ne citons donc que pour mémoire la communication du docteur *Ménard*, de Berck, qui, partisan du curetage intégral, le conseille comme le meilleur moyen à appliquer dans certains cas. Ce qui indique combien il est difficile de faire un nettoyage parfait, c'est la rareté de la réunion immédiate des plaies créées dans le but de procéder à la résection de la hanche. Il ne faut pas parler, bien entendu, des cas dans lesquels certains chirurgiens trop osés, à notre sens, ont fait des ouvertures d'articulations avant l'apparition d'abcès, de luxation pathologique, et, en un mot, avant l'apparition de désordres graves qui légitiment l'intervention sanglante. Mais même dans ces cas, lorsque la coxalgie existe réellement, il y a lieu de redouter la suppuration, en raison de la nécrobiose qui a frappé soit les parties molles, soit le squelette lui-même.

Or, dans l'état actuel de la science, réservant la résection aux seuls cas où la suppuration, la luxation

pathologique, les fistules ouvertes entraînent à leur suite la déchéance organique du sujet, nous croyons qu'on doit s'efforcer de faire une opération aussi complète que possible, sans pourtant poser comme principe que l'on arrivera toujours, dans tous les cas, au nettoyage intégral auquel nous venons de faire allusion.

Chez certains malades on se trouvera en présence de désordres osseux tellement considérables, tellement bizarres, qu'il faudra dépasser notablement les limites qu'on se serait proposées *a priori*.

Mais, bien qu'il faille attacher une grande importance au raccourcissement qui se produira fatalement dans tous les cas, nous croyons qu'il faut adopter pour la hanche les mêmes principes que pour les autres articulations, et considérer la résection économique comme particulièrement mauvaise. Peu importe donc le choix du moyen. Qu'il s'agisse de l'usage d'une semelle ou de celui d'un patin, quelques centimètres en plus ou en moins ne valent pas la peine d'être comptés, et en réservant, comme nous le faisons, les cas de résection aux seuls malades ayant des désordres considérables, on comprendra que nous conseillons avant tout de guérir l'articulation malade. Il est de toute nécessité de sauver un organisme qui ne saurait résister indéfiniment à des inoculations successives.

L'observation qui suit indique sur quelle étendue le chirurgien peut être obligé de faire porter le sacrifice de la diaphyse fémorale. Le résultat acquis prouvera combien il y a eu lieu de se féliciter de dépasser aussi largement que possible les limites du mal

OBSERVATION

Enfant P...o — Coxalgie droite.

Cette enfant est atteinte de coxalgie droite depuis 4 ans. Immobilisée d'abord dans une gouttière de *Bonnet*, on lui permit malheureusement de remuer comme bon lui a semblé, de sorte que après un an de séjour dans cette gouttière, le fémur était très fléchi sur le bassin, l'extension était impossible, la région avait pris l'aspect d'un manche de gigot et il existait à la partie postérieure, en arrière du grand trochanter, un trajet fistuleux dont l'ouverture béante était entourée de fongosités faisant issue et donnant lieu à un écoulement sero-sanguinolent. A la partie antérieure de la cuisse, il existe sous le droit antérieur une poche purulente dont le contenu ne se vide pas du côté de la fesse, quand on exerce une pression à ce niveau ; il existe donc manifestement deux abcès, l'un postérieur, l'autre antérieur, et ne paraissant pas communiquer entre eux. L'enfant est pâle, les yeux sont caves ; chaque soir ramène un accès de fièvre, et la température s'élève à ce moment au voisinage de 39° et dépasse quelquefois ce chiffre.

La nuit est troublée par des cris ; il est rare que le sommeil ne soit interrompu par de violentes douleurs. L'enfant a notablement maigri, elle a parfois des sucurs nocturnes ; sa langue est blanche et l'inappétence est à peu près complète.

En introduisant un stilet dans l'orifice de la fistule, on pénètre jusque sur les os, et on sent que le fémur est dénudé en arrière du grand trochanter.

Il est difficile de produire des mouvements de flexion, d'extension et de rotation, de telle sorte que malgré l'ascension de l'extrémité supérieure du fémur dans la fosse iliaque externe, il est difficile de se rendre compte de l'emplacement que devrait occuper la tête délogée du cotyle. Au moment de la résection qui lui

sera pratiquée, on aura la clef du mystère. L'importance de la suppuration, le mauvais état général de l'enfant militent en faveur d'une intervention aussi prompte et aussi complète que possible

Le 19 mars 1894, l'opération est pratiquée. Elle consiste dans une incision rectiligne, sur toute l'étendue de l'abcès tuberculeux situé sur le muscle droit antérieur. Quand la poche a été complètement évacuée, on détache à la curette tranchante la membrane pyogénique qui la tapisse de toutes parts. On constate, en haut et en dedans, l'existence d'un trajet qui s'étend jusque dans l'articulation de la hanche. Une curette en nettoie les sinuosités aussi complètement que possible. Quelques crins de Florence servent à suturer les lèvres de la plaie que l'on ne réunit que dans les deux tiers de son étendue.

Ensuite une incision arciforme est pratiquée en arrière du grand trochanter et elle permet de découvrir l'extrémité supérieure du fémur, notablement remontée en haut.

Les muscles qui s'insèrent au grand trochanter sont détachés avec la rugine tranchante d'Ollier. L'extrémité du fémur libérée de ses attaches peut être luxée et on voit qu'avec un très léger effort, le périoste ulcéré en certains points, notablement épaissi en d'autres, se détache avec la plus grande facilité. L'extrémité du fémur semble émerger d'une véritable gaine.

Mais on s'aperçoit que la tête fémorale ulcérée, déformée, semble constituer un moignon osseux. Au niveau de l'implantation du col sur l'extrémité de la diaphyse, elle semble mamelonnée, dépolie et il existe certains points (3, fig. 1) où l'on trouve des pertes de substances. Au-dessus et en arrière de ce qui reste de la tête fémorale, une arcade est constituée par une sorte de soulèvement osseux bien représenté sur chacun des clichés (1 et 2). Entre cette arcade et la diaphyse on peut aisément passer deux doigts ; le fémur présente donc la forme d'une anse et on voit une surface aplatie, du côté de la diaphyse (1, fig. 2). On

trouve une caverne tuberculeuse en arrière et d'autres (3 et 4, fig. 2) sont de moindre importance. Au-dessous de l'anse, le fémur a encore une teinte couleur lie de vin, mais bientôt on ne tarde pas à tomber sur du tissu osseux sain en apparence. La section est faite avec la scie à chaîne et l'extrémité du fémur réséquée mesure une longueur de 10 centim. environ.

Le canal médullaire est cureté avec soin puis tamponné avec la gaze aseptique. Le nettoyage de la cavité cotyloïde est fait avec une grande curette tranchante, mais à part quelques fongosités facilement enlevées, il est facile de voir que le squelette de l'acetabulum est sain. Une sonde cannelée est introduite par les lèvres de l'incision antérieure à l'endroit où la suture n'a pas été pratiquée ; on put pénétrer ainsi avec la plus grande facilité jusqu'au point où a porté la résection. On en profite pour faire un nettoyage aussi complet que possible et à l'aide de quelques tampons de gaze aseptique, on enlève les fongosités. La plaie postérieure est suturée à son tour par une seule ligne de crins de Florence, mais en ayant soin de réunir à la fois les plans musculaires et la peau. Un tube à drainage entouré de gaze iodoformée est introduit jusque dans l'acetabulum ; son rôle sera de faciliter l'écoulement des liquides. Les vaisseaux de minime importance d'ailleurs, ont été saisis dans des pinces hémostatiques et tordus avant de faire la suture de la peau.

Le pansement est fait ensuite par application de compresses de gaze stérilisée, de coton aseptique, puis de bandes de coton ordinaire. Le tout est maintenu par des bandes de tarlatané apprêtée.

Les suites ont été aussi satisfaisantes que possible, les lignes de suture ont donné une réunion par première intention aux points où les fils ont été placés. Après la suppression du drain, aussi bien antérieurement que postérieurement, la réunion s'est faite par bourgeonnement avec une légère suppuration et en somme, la suppuration fut complète dans un délai de deux mois.

Actuellement la malade a un raccourcissement de 10 centim., sa hanche est ankylosée en bonne attitude et la marche est relativement facile grâce à l'égalisation des membres inférieurs au moyen d'un patin.

FIG. XI. — Enfant P....o. Dessin de l'extrémité supérieure du fémur réséquée pour coxalgie.

Cette observation indique que l'on peut se trouver dans la vieille coxalgie en face de lésions tout à fait imprévues et, si nous faisons mention de cette observation, dans notre travail, c'est moins toutefois en raison de la rareté de la lésion que l'on a trouvée, que du succès définitif. Le bon résultat permet de démontrer que l'intervention peut être heureuse, même lorsque celle-ci a du porter sur une étendue aussi considérable que nous venons de le dire.

L'état général de l'enfant s'est notablement relevé et on peut dire aujourd'hui, en raison du temps qui s'est écoulé depuis l'observation, que la guérison est bonne et définitive. Voilà en effet quatre ans que l'opération a eu lieu, et la seule modification qui a été apportée jusqu'à ce jour, c'est l'allongement progressif de l'appareil que la malade doit utiliser. Cela se ramène à augmenter un peu la hauteur de la tige du patin.



FIG. XI.

CHAPITRE VI

Ankylose en position vicieuse consécutive à la coxalgie. — Son traitement.

Il nous reste à voir, dans ce chapitre, ce qu'il convient de faire de plus utile dans les cas où la coxalgie, incomplètement soignée, atteint tout de même la guérison, mais au prix d'une ankylose vraie et en attitude vicieuse. Nous disons ankylose vraie, pour distinguer ces cas de ceux où la mauvaise attitude n'est commandée que par la rétraction musculaire, par la création d'un tissu fibreux peu extensible. On comprend très bien que, dans ces premiers cas, il est possible de trouver, pendant la résolution chloroformique, qu'il existe encore une petite somme de mouvements, si minimes soient-ils.

C'est dans ces conditions qu'il est parfois possible d'obtenir une correction, grâce à des manœuvres de redressement successives et d'intensité croissante.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'ankylose vraie, c'est-à-dire caractérisée par l'interposition d'un tissu osseux de nouvelle formation entre l'extrémité du fémur et l'os des îles, en un point plus ou moins voisin de la surface

articulaire, il est nécessaire d'obtenir une mobilisation par un procédé chirurgical, dans le cas où la direction du fémur n'est pas normale. Nous devons entrer ici dans quelques observations spéciales et qui, pour échapper un peu au domaine de la chirurgie pure n'en ont pas moins une grande importance dans la pratique. S'il s'agit, par exemple, d'une jeune fille ankylosée vicieusement, il est aisé de comprendre que des modifications pourront se faire du côté du bassin et qu'il serait nécessaire de corriger de bonne heure la mauvaise direction, dans le but de s'opposer à des déformations qui peuvent avoir une importance très considérable au moment de la parturition.

S'il s'agit, au contraire, d'un sujet masculin et que ses occupations obligent à demeurer assis, il est aisé de comprendre qu'une ankylose avec flexion de la cuisse sur le bassin peut constituer un mode de guérison contre lequel il vaudrait mieux ne rien tenter. Nous démontrons cette proposition par les observations suivantes.

Le chirurgien devra donc parfois puiser dans l'état social de ses malades des indications précieuses pour le traitement à diriger.

Quant au choix de l'opération à pratiquer, il différera suivant les sujets et suivant les habitudes chirurgicales. Les deux procédés à employer en cas d'ankylose osseuse sont l'ostéotomie ou l'ostéoclasie.

Il est bien entendu que nous négligerons complètement en ce moment les indications thérapeutiques qui seraient à formuler dans les ankyloses fibreuses.

L'ostéoclasie, très recommandée par l'école de Lyon, nous paraît être un procédé inférieur à l'ostéotomie. Outre qu'elle demande un matériel spécial dont la perfection ne nous semble pas démontrée, elle expose à porter le traumatisme en un point qui peut être sensiblement différent de celui qu'on s'était proposé. En outre, elle ne peut donner de satisfaction réelle que dans les cas où la déviation n'est pas accompagnée de raccourcissement très considérable.

Les conditions sont toutes autres, si on a recours à l'ostéotomie qui, dans le cas actuel, doit être pratiquée de préférence au-dessous du grand trochanter. C'est de là qu'on l'a appelé ostéotomie sous-trochantérienne.

Grâce aux procédés qui ont été indiqués par M. le professeur *Ollier* et grâce aussi aux diverses modifications que lui ont données les cliniciens qui s'occupent plus spécialement de chirurgie osseuse, on peut obtenir, non seulement le retour en attitude droite, mais encore déterminer un allongement dans le cas où le raccourcissement est marqué. Nous n'hésitons donc point pour notre compte, à donner la préférence à l'ostéotomie sur l'ostéoclasie.

OBSERVATION (*Inédite du D^r Bilhaut*).

Mademoiselle P..., coralgie gauche. — Luxation pathologique du fémur en haut et en dehors. Ankylose en mauvaise attitude. — Travées osseuses de nouvelle formation entre le fémur et l'os iliaque, pas de fistules. — Raccourcissement de 11 centimètres. — Ostéotomie oblique du fémur. — Glissement du fragment inférieur. — Allongement immédiat. — Réunion par première inten-

sion. — Extension continue. — Raccourcissement actuel 4 centimètres. — Scoliose lombaire par inégale longueur des membres inférieurs.

Mademoiselle P... est aujourd'hui âgée de 22 ans. Vers l'âge de 9 ans elle a été atteinte de coxalgie, mise dans une gouttière de Bonnet, dans des appareils silicatés. Son traitement n'a pas été dirigé avec assez de persévérance. Elle n'a jamais eu d'abcès, mais en revanche, elle a conservé une flexion de la cuisse sur le bassin et à une époque indéterminée de son affection l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale s'est luxée en haut et en arrière. La marche est extrêmement défectueuse car l'ankylose est osseuse et dans la station debout lorsque la malade s'appuie sur le pied droit, le pied gauche est distant du sol de 11 centimètres.

L'ensellure lombaire est considérable quand la malade reporte sur le membre inférieur gauche le poids de son corps. Au contraire dans le décubitus dorsal, lorsque la cuisse est ramenée en avant toute ensellure disparaît. C'est ainsi d'ailleurs que les choses se passent toutes les fois qu'une coxalgie se termine ainsi par ankylose vicieuse.

Indépendamment de la lordose lombaire, il existe une scoliose gauche très manifestement accusée. Elle résulte à n'en pas douter du défaut de longueur du membre atteint de coxalgie.

A l'âge de 18 ans, la malade est très humiliée de son infirmité et des conséquences qui en découlent, demande à son médecin de lui trouver un chirurgien qui puisse porter remède à son état.

Je suis appelé par le Docteur Arnaud et le Docteur Debled, à examiner la malade à son domicile. Je trouve un raccourcissement énorme qui atteint largement les 11 centimètres signalés plus haut. Je trouve qu'il n'existe aucun degré de mobilité dans la hanche malade. Le grand trochanter fait une saillie énorme, il est remonté de 4 centimètres environ au-dessus de la ligne de Nélaton. En avant et en arrière de cette tubérosité on sent des

massifs osseux de nouvelle formation qui l'unissent solidement avec la fosse iliaque externe. Les muscles de la cuisse et de la jambe sont relativement bien développés. Pas de ganglions inguinaux ni cruraux. On ne voit aucune trace de collection purulente ou de fongosités. En un mot la coxalgie semble guérie.

Bien que la solidité de l'articulation me paraisse parfaite, je propose aux confrères qui m'ont fait l'honneur de m'appeler de pratiquer un examen sous le chloroforme et de régler ma conduite sur les données que j'aurai pu ainsi obtenir au sujet de la fixation osseuse ou fibreuse. Je sais par expérience que certaines articulations en apparence soudées sont maintenues en ankylose apparente par la contracture ou par la rétraction des muscles du voisinage. Dans ces cas la résolution anesthésique permet de retrouver des mouvements qu'à l'état de veille on eut pu croire perdus.

Au cas où la soudure serait parfaite, je propose de recourir à l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique pour corriger d'un même coup la flexion de la cuisse en avant et le raccourcissement dû à la luxation spontanée. La famille de la malade et les médecins qui la soignent partagent ma manière de voir et le

18 je pratique chez elle l'opération suivante :

Quand la résolution musculaire est obtenue, je fais fixer le bassin de la malade par un aide solide. Je m'évertue à produire des mouvements très doux de flexion et d'extension : fémur et bassin oscillent simultanément. Les mouvements d'adduction et d'abduction démontrent avec la plus grande évidence que l'ankylose est bien de nature osseuse. Alors le champ opératoire est aseptisé par lavage, brossage, irrigations au permanganate de potasse, à l'éther et à l'alcool. Je fais ensuite une incision curviligne permettant de découvrir le grand trochanter, de son extrémité à son union avec la diaphyse fémorale. Je trouve sous le doigt de véritables ponts osseux, s'étendant de cette tubérosité à l'ilion. Au bas du grand trochanter, je place un ostéotome et commence une

section en biseau, que je complète en utilisant successivement ces lames de moins en moins épaisses. La division totale du fémur me permet de corriger la flexion de la cuisse sur le bassin. Mais de plus en faisant exercer par un aide une traction énergique, je constate que le fémur gagne plusieurs centimètres d'allongement par suite de glissement du fragment inférieur. Je suture la plaie, sans drainage, j'immobilise dans un grand appareil plâtré et je place la malade dans une gouttière de Bonnet dont l'usage me paraît particulièrement recommandable par l'administration des soins de propreté.

Au bout de 12 jours, je fais une fenêtre au plâtre, j'enlève successivement les couches de coton et de gaze aseptique qui ont servi de pansement et je constate que la réunion par première intention est parfaite. J'enlève les fils de suture, je fais un nouveau pansement à la gaze aseptique et je ferme la fenêtre du plâtre.

Au 14^e jour, je supprime le plâtre et soumet le membre à l'extension continue, procédé de Lannelongue, avec un poids de 5 kilogs. Je récupère ainsi instantanément un allongement égal à celui qu'avait produit un de mes aides au moment de l'intervention. Toutefois, je maintiens encore la patiente dans une gouttière de Bonnet jusqu'à la consolidation de la fracture que j'ai produite.

Au 45^e jour, le cal est solide ; je supprime l'extension je sors la malade de la gouttière de Bonnet et la mensuration pratiquée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe, me permet de constater que le raccourcissement se réduit à 4 centimètres seulement. J'autorise la malade à se lever et à marcher avec des béquilles.

Aucune poussée ne s'est faite du côté de l'articulation coxo-fémorale, ni même à son voisinage. La malade très découragée avant l'opération voit son état général s'améliorer sensiblement. Quatre années se sont écoulées depuis la date de l'opération. La marche

est bonne bien que l'ankylose de la hanche donne lieu à une claudication que la malade ne peut dissimuler.

La lordose lombaire a disparu et la scoliose s'est considérablement atténuée. (Epreuves radiographiques.)

OBSERVATION (*Inédite du docteur Bilhaut*).

M..., 32 ans. — *Coxalgie gauche. — Ankylose osseuse en mauvaise attitude.*

FIG. XII. — Coxalgie gauche vicieusement ankylosée.

FIG. XIII. — Coxalgie gauche vicieusement ankylosée. Appareil pour la marche. Flexion favorable pour l'exercice de la profession et ne légitimant pas l'intervention chirurgicale.

M..., âgé de 32 ans, exerce la profession de peintre en porcelaine et dans son métier il est obligé de rester continuellement assis. La coxalgie a débuté chez lui à l'âge de 11 ans. Il appartenait à une famille extrêmement pauvre, aussi a-t-il été aussi mal soigné que possible et trouve-t-on chez lui une déviation telle qu'on en rencontre rarement.

La cuisse est ankylosée sur le bassin et elle forme un angle de 50°. Le malade ne peut marcher qu'en ayant recours à une sellette qui allonge artificiellement son membre inférieur. Le grand trochanter est en ascension vers la fosse iliaque externe. A l'état de veille on ne trouve aucun mouvement dans l'articulation et quand le malade est dans l'anesthésie chloroformique complète, on peut se convaincre que l'ankylose est osseuse. On ne trouve pas comme chez la malade dont nous venons de citer l'observation, un massif osseux considérable. Cet ouvrier gagne péniblement sa vie, il est complètement dénué de ressources et il faut considérer que le chômage entraîné par son séjour à l'hôpital lui serait déjà

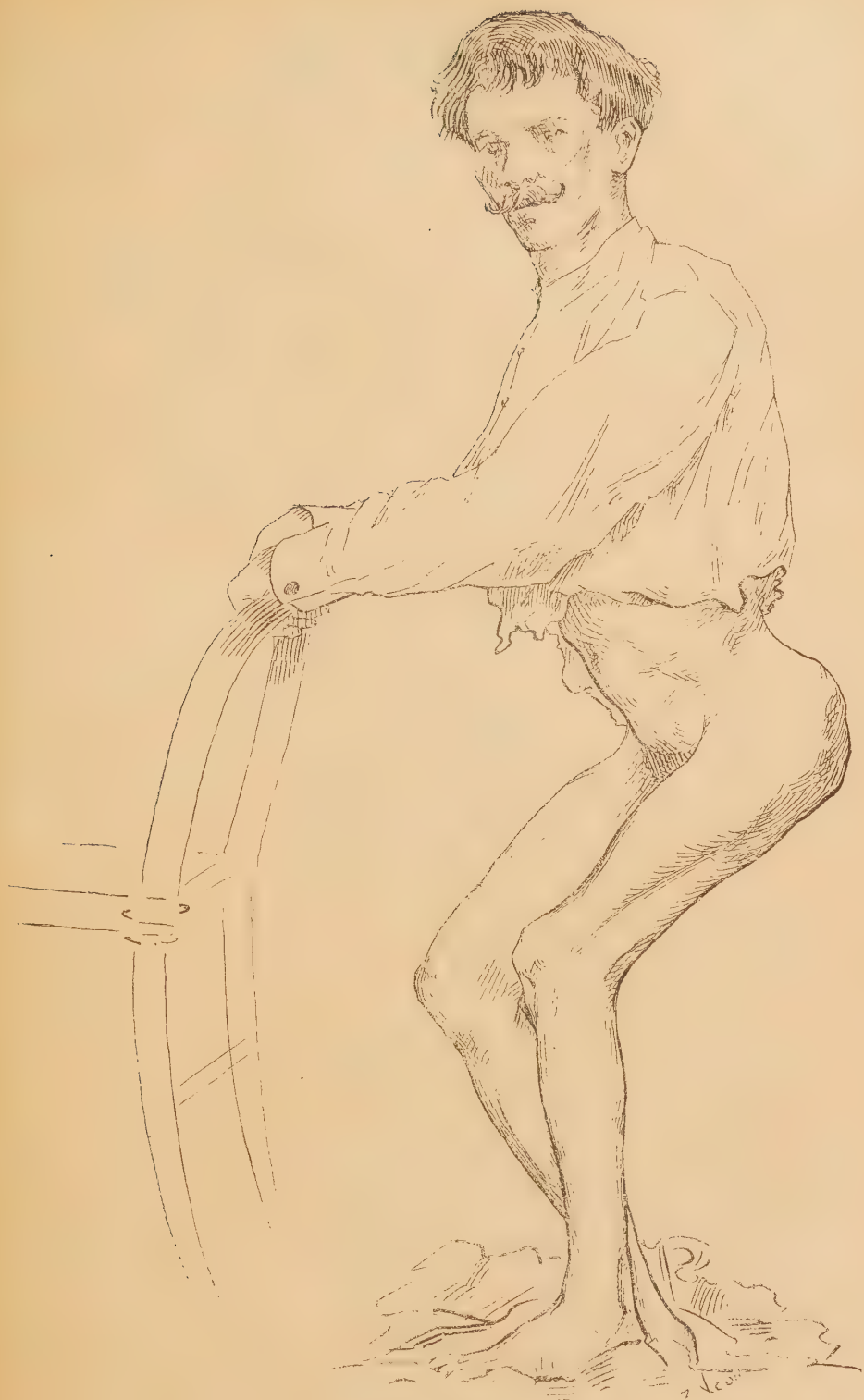


FIG. XI



très préjudiciable. En outre, la correction, c'est-à-dire le retour en attitude droite, le mettrait dans des conditions particulièrement difficiles pour exercer sa profession. Aussi, quand il s'est présenté dans le service du docteur *Bilhaut* à l'hôpital International lui a-t-on donné le conseil de ne pas demander à une intervention chirurgicale une modification, qui, dans les conditions sociales où il se trouve, lui serait beaucoup plus préjudiciable qu'utile. En somme, la marche pour ce malade, est en quelque sorte accessoire. L'important est surtout qu'il puisse gagner sa vie et dans ces conditions, il n'y a pas de doute, il faut sacrifier l'agréable au nécessaire.

OBSERVATION

Mademoiselle L... est une jeune fille qui est atteinte de coxalgie avec ankylose osseuse en attitude vicieuse. La photographie ci-jointe indique le beau développement que cette jeune fille aurait pris sans la fâcheuse infirmité dont elle est frappée. Elle appartient à une famille composée de neuf enfants ; elle a perdu son père accidentellement au moment du début de sa maladie. Aussi, en raison des lourdes charges qui se trouvèrent inopinément imposées à la mère, institutrice adjointe dans une école de la ville de Paris, le traitement ne fut pas dirigé comme il eut convenu. Bien que l'enfant se trouvât dans l'impossibilité de marcher, elle ne fut pas maintenue dans un bon appareil, le plâtre par exemple, ou l'extension continue. Peu à peu la douleur disparut, les forces revinrent dans les membres inférieurs, la marche fut possible, mais l'attitude est déplorable. La malade n'a été examinée jusqu'à présent qu'à l'état de veille. Toutefois il est à noter que cet examen a donné des indications très précises sur la nature osseuse de l'ankylose. Le raccourcissement est marqué ; la flexion seule est à corriger et il est facile de comprendre qu'en pareil cas l'ostéotomie donnera un résultat aussi satisfaisant qu'on peut l'espérer.

Il découle de ces trois observations que lorsqu'il s'agit d'une attitude vicieuse du membre inférieur par suite de coxalgie solidement ankylosée, il convient de donner la préférence à l'intervention chirurgicale bien réglée, méthodique sur les manœuvres de force qui, en créant un délabrement plus considérable peuvent faciliter l'éclosion d'accidents nouveaux.

Quand on se trouve à une période éloignée de la maladie ou mieux encore à un laps de temps suffisamment distant de la cessation des accidents de la coxalgie, on opère avec presque autant de certitude que sur un os sain ; on a moins à redouter les poussées tuberculeuses. En effet, si avant la découverte de l'antiseptie ou mieux de l'aseptie, on hésitait à intervenir sur le squelette, les conditions actuelles de la chirurgie permettant d'envisager de sang-froid la possibilité d'opérations chirurgicales dont le résultat ne fait plus de doute aujourd'hui pour personne. Aussi croyons-nous légitime lorsque l'état social des malades le leur permet, d'intervenir activement, d'ouvrir largement le foyer sur lequel doit porter l'ostéotome, de se rendre compte, si on le peut, avec la radiographie, des avantages que peut créer la disposition normale du squelette.

En s'en tenant aux procédés aujourd'hui bien connus on fera une section osseuse dont l'obliquité permettra de corriger du même coup, la mauvaise attitude et le raccourcissement qui sont les deux obstacles importants à la marche dans des conditions relativement favorables.

OBSERVATION

Enfant Dupuis Georges, âgé de 8 ans, demeurant 2, rue du Gué, à Deuil. Cet enfant est présenté à la consultation de la polyclinique de l'Hôpital International, le 27 avril 1894.

On ne signale dans sa famille aucun cas de tuberculose. Le père et la mère sont en parfaite santé. Le petit malade a contracté la rougeole il y a quatre ans environ. C'est un an après l'apparition de cette maladie que des phénomènes du côté de la hanche se sont produits. Présenté à cette époque rue d'Assas, à la Clinique française, dans le service du docteur *Bilhaut*, cet enfant était déjà atteint de lésions avancées : le membre inférieur était en attitude vicieuse, il y avait un degré assez avancé de flexion de la cuisse sur le bassin, et à l'état de veille, il n'était pas possible de ramener le membre dans une position normale. Le conseil qui fut donné aux parents consista à proposer la réduction sous le chloroforme, l'immobilisation dans une gouttière pâtrée, et, plus tard, l'extension continue dès que le membre se serait habitué de nouveau à une position normale. Les parents hésitèrent ; ils redoutaient l'immobilisation dans le plâtre au moins autant que l'anesthésie chloroformique, et on se contenta de l'immobilisation dans une gouttière de *Bonnet* sans pratiquer au préalable le remplacement en bonne attitude. Après deux ans et demi de ce traitement les douleurs s'étant momentanément atténuées, on laissa le petit malade se livrer à la marche et, au bout de six mois, il se tenait sur des béquilles. C'est la hanche gauche qui était malade.

Actuellement (27 avril 1894), la hanche malade paraît ankylotisée et les mouvements que l'on tente d'y produire, ne déterminent aucune douleur appréciable.

Le côté droit présente malheureusement les signes d'une coxalgie au début. On y produit en effet dans la hanche, une douleur vive, si on imprime un choc sur le pied, le membre étant dans

l'extension. Le mouvement d'abduction est particulièrement difficile à produire, et douloureux. Cela dépend de la contracture des muscles pelvi-trochantériens. Il existe déjà un léger degré de flexion de la cuisse sur le bassin et d'abduction anormale du membre inférieur. Les ganglions inguinaux sont manifestement augmentés de volume; enfin la marche est impossible. La nuit, le sommeil est interrompu par des douleurs qui arrachent des cris au petit malade.

Il existe un empâtement de toute la région fessière. La déformation est telle que celle qui a été décrite sous le nom de : manche de gigot.

L'état général de l'enfant est mauvais; l'insomnie, l'inappétence, les douleurs au moindre mouvement, contribuent à altérer la santé du petit malade. L'amaigrissement a fait de notables progrès depuis une quinzaine de jours, et la famille n'hésite pas à accepter l'éventualité d'une intervention sanglante, dont le but sera d'ouvrir largement l'articulation malade et d'en réséquer les produits pathologiques en opérant aussi largement que possible.

1^{er} mai 1894. — La résection est pratiquée. Elle consiste dans une incision semi-circulaire retro-trochantérienne. Le muscle grand fessier est récliné à l'aide d'écarteurs. Au-dessous de lui, la capsule apparaît érodée en plusieurs points et dès qu'elle est ouverte, on voit sourdre des fongosités sanguinolentes et mélangées de pus caséeux. La tête fémorale, en partie luxée en haut et en arrière, est déformée, ulcérée et envahie par des fongosités. La section osseuse doit porter sur la partie supérieure du fémur, en un point situé au niveau du petit trochanter. Pour que la section soit nette et que l'os réséqué puisse se reproduire en partie, le périoste est préalablement décollé avec la rugine d'Ollier; alors une scie à chaîne, guidée par la sonde à résection d'Ollier, est placée au niveau déterminé, et, en quelques traits, le fémur est réséqué. La diaphyse fémorale perd ainsi 3 centim. de sa longueur. Le canal médullaire est ouvert et les fongosités qu'il ren-

ferme sont enlevées à la curette. Du côté de la cavité cotyloïde, de nombreuses fongosités sont de même enlevées à la curette de Wolsemann. Quand ce nettoyage est fait, plusieurs tampons de gaze aseptique servent à bourrer la cavité cotyloïde ; ils arrêtent l'hémorrhagie qui s'y produit en nappe. On peut constater que sur différents points le cartilage qui tapisse cette cavité est ulcéré. Le bourrelet cotyloïdien a disparu en partie. Quelques coups de curettes suffisent pour détacher de la cavité et de les évier les points osseux envahis par la tuberculisation. Un badigeonnage est pratiqué ensuite avec la solution de chlorure de zinc à 10 %. Des parties fongueuses sont enlevées par dissection, soit au voisinage de la capsule, soit dans les interstices musculaires où s'est opérée la destruction tuberculeuse des parties molles. Quelques parcelles de muscles sont sectionnées aux ciseaux.

L'opération se termine par l'application d'un tube à drainage dont l'extrémité interne correspond au centre de la cavité cotyloïde, tandis que l'autre extrémité fait issue au milieu de la plaie des téguments. La suture est faite aux crins de Florence et le pansement définitif consiste dans l'application de compresses iodoformées, recouvertes de coton stérilisé. Un appareil plâtré immobilisant le membre inférieur et remontant en haut jusqu'aux tétons, fixera le membre en bonne attitude et préservera de tout mouvement la partie opérée. Avant de faire le plâtre, quelques compresses d'ouate de tourbe sont appliquées.

Le malade ne tarde pas à ressentir les bienfaits de cette opération ; aucune réaction fébrile ne se produit pendant les suites opératoires. Au huitième jour, une fenêtre est pratiquée dans le plâtre au niveau de la place occupée par le drain.

Celui-ci est enlevé, changé et remplacé par un nouveau tube. Un écoulement assez abondant se produit et il nécessite le remplacement des compresses iodoformées, ainsi que du coton aseptique qui les recouvrait.

15 mai. — Nouveau renouvellement du pansement et suppres-

sion du drainage. Quelques fils tendent à couper la peau ; ils sont enlevés ; mais en quelques points il existe des phlyctènes. La peau est soulevée par quelques gouttes de pus. Les phlyctènes sont percées, le pus enlevé, et on pratique un lavage avec la solution de sublimé.

20 mai. — L'état général du malade laisse à désirer. La langue est saburrale ; le thermomètre s'est élevé hier à 38° et ce matin à 38° 3. Le pansement est encore renouvelé par la fenêtre ouverte dans le plâtre. Une désunion se produit immédiatement au-dessus et au-dessous de l'orifice réservé au drain ; une légère pression sur les bords de la plaie fait sourdre du pus. De petits tampons de coton aseptique sont introduits dans la plaie jusque dans la cavité cotyloïde. Ils permettent de nettoyer celle-ci complètement, en ramenant une quantité de pus considéré comme louable, mais qui, dans le cas présent, n'était nullement souhaité. Un drain est remis dans la plaie et il suffira à assurer l'écoulement purulent du fond à la surface. Les pansements sont renouvelés tous les deux jours pendant dix jours, et à dater de cette époque l'état du malade devient parfait.

La sixième semaine le plâtre est enlevé et le membre soumis à l'extension continue.

3 août. — La guérison de la plaie est totale. Il ne reste des suites opératoires qu'une cicatrice apparente, non douloureuse ; néanmoins le malade peut commencer à faire des essais de marche en s'aidant d'une paire de béquilles.

Dans cette étude, nous nous sommes mis dans la situation d'un médecin exerçant sur un point quelconque, et se trouvant par là même dans l'impossibilité de demander à l'un de ses maîtres de diriger sa conduite dans un cas quelconque de coxalgie. Nous avons cru

devoir répondre aux différentes données du problème, en indiquant des solutions que vérifiaient nos diverses observations. Nous avons envisagé les cas où le praticien était appelé au début du mal et souligné les bienfaits qu'on a pu retirer de l'extension continue et de la fixation dans le plâtre, en réservant à ces deux méthodes de traitement le temps d'application sans lequel elles seraient insuffisantes.

Nous avons envisagé la situation faite au médecin traitant quand il serait appelé à donner ses soins à un malade chez qui il constate, à la suite de la coxalgie, une attitude vicieuse ou une ankylose plus ou moins serrée, ou bien encore une luxation pathologique. Nous l'avons mis en garde contre le procédé de redressement brusque, nous avons formulé dans quel cas la résection devait être tentée, nous avons indiqué quelle conduite on doit tenir en présence des abcès par congestion.

Nous avons aussi indiqué les motifs de l'abstention chez certains malades guéris en attitude vicieuse ; enfin nous avons décrit sommairement un procédé d'ostéotomie appliqué aux cas anciens, ankylosés en attitude vicieuse et *nous avons rappelé comment, avec ce procédé, on pouvait parer dans une certaine mesure au raccourcissement qui est le fait d'ankylose et de la luxation pathologique.*

Nous croyons avoir ainsi étudié, une à une, les diverses situations dans lesquelles nous trouvons les coxalgiques pendant l'évolution d'une affection toujours longue et parfois pleine de surprises.

Nous reconnaissons, toutefois, que notre travail a une lacune qu'il ne nous a pas été possible de combler,

faute d'observations à l'appui. Nous n'avons pas voulu exprimer notre avis sur *le traitement ambulatoire*, que certains de nos confrères américains conseillent cependant.

En France, le traitement ambulatoire est déconseillé par nos maîtres, par nos auteurs, comme particulièrement dangereux. Ils redoutent, non sans motifs, que l'immobilisation incomplète de la hanche malade ne soit le point de départ d'ankylose en attitude vicieuse, et, de là, production d'abcès par congestion, si redoutable dans cette maladie.

Quand nous voyons avec quelles difficultés la fixation s'obtient chez certains enfants, quand nous nous rendons compte des efforts qu'il nous faut tenter pour maintenir le membre en bonne attitude, malgré l'emploi des appareils plâtrés si parfaits cependant et si efficaces, quand ils sont bien appliqués, nous ne pouvons contredire nos auteurs et, en l'absence d'autres preuves, nous ne pouvons que partager leurs craintes.

De l'ensemble de notre travail, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes.

CONCLUSIONS

Le malade atteint de coxalgie doit être mis en traitement sans délai.

Dans la période de début, on aura recours soit à l'extension continue, soit à la fixation dans un grand appareil plâtré.

S'il n'existe pas de déviation du membre malade, l'extension continue sera la méthode de choix. En proportionnant le poids à la résistance du sujet, en l'augmentant suivant le degré de contracture musculaire, on obtiendra un écartement suffisant des surfaces articulaires pour faire obstacle à l'ulcération compressive.

En cas de déviation, on devra recourir au redressement manuel, de préférence, pendant l'anesthésie chloroformique, et on immobilisera le membre malade soit temporairement, soit jusqu'à guérison, en renouvelant l'appareil suivant les besoins.

Dans les cas d'ankylose, le médecin devra se rendre compte de la nature de l'immobilisation, il aura pour cela recours à l'examen pendant la narcose chloroformique et, s'il constate un certain degré de mobilité, il

devra mettre à profit cette condition pour favoriser le retour à la direction normale, soit en une seule séance, soit par redressement progressif.

En cas d'ankylose osseuse, le chirurgien agira toujours sagement en temporisant et en donnant la préférence au redressement chirurgical par ostéotomie.

L'ostéoclasie est un procédé moins sûr que l'ostéotomie et, avec les procédés chirurgicaux actuels : aseptie et antiseptie, on n'a point à redouter les craintes d'infections. Dans certains cas, il faudra tenir compte des conditions sociales du malade pour intervenir ou pour s'abstenir de toute opération.

Dans les cas où la coxalgie est compliquée à la fois d'abcès, de séquestres, de luxation pathologique, et quand l'état général du malade s'aggrave de jour en jour, on recourra utilement à la résection.

Chez les sujets cachectisés, atteints de dégénérescence amyloïde des reins, du foie, ou de dégénérescences tuberculeuses avancées des organes respiratoires, on devra complètement s'abstenir. Chez les coxalgiques atteints d'abcès par congestion, la médication devra souvent être expectante, sauf dans les cas où les abcès siégeant sous la peau menaceront de s'ouvrir spontanément. Dans de pareilles circonstances, on recourra d'abord à la ponction, suivie d'injection d'éther iodoformé, on renouvellera au besoin cette médication et, dans les cas seulement où les abcès menaceront de s'ouvrir après une ou plusieurs ponctions, on les inciserá largement pour enlever la membrane tuberculeuse

qui les circonscrit et pour eurer, si on le peut, le point de départ de la collection purulente.

On assurera au malade les meilleures conditions d'hygiène, on soutiendra ses forces à l'aide d'une médication reconstituante; on aura recours utilement à l'huile de foie de morue, à l'usage interne de l'iodoforme ou de préparations iodées.

Quand les accidents se seront atténués et que l'on pourra permettre la marche, on devra encore redouter une déviation qui peut se produire à la faveur de la mollesse des os et de la fragilité de l'appareil ligamenteux. Nous conseillons d'imposer au malade la fixation à l'aide d'une attelle métallique postérieure et de faire porter sous le pied sain un patin qui facilite la marche avec des béquilles et ne permet pas au membre malade de toucher le sol.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



